



UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO

---

---

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Psicología

“APLICACIÓN DE TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTARIA MEDIANTE PSICOEDUCACIÓN CON  
PERSPECTIVA DE GÉNERO”

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EN TÍTULO DE

Licenciado en Psicología

PRESENTA

Frida Daniela Pacheco Reyes

Asesora: Alejandra

Elizabeth Gómez Bocanegra

Enero 2026

Pachuca, Hidalgo.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS:

A lo largo de mi viaje académico, he comprendido que la mente humana es un terreno infinito, y cada persona deja su huella en la conformación de la personalidad de un ser humano, por lo cual estoy convencida que cada persona que ha caminado a mi lado ha dejado una huella profunda en mi propio proceso de aprendizaje, es por ello que quiero iniciar agradeciendo a mi padre, Rubén Pacheco Inclán, por ser quién me motivó a lograr lo que soñaba, con el estudio siempre de mi lado, en segundo lugar pero no menos importante a mi madre, Angélica Reyes Zamora, por acompañarme en cada momento de manera presente, y a toda mi familia por siempre desearme lo mejor y verme como un apoyo en la construcción de sí mismos, a mis amigas en la universidad y las que se añadieron con la vida porque sin sus consejos y presencia en mi vida, aprender hubiese sido mucho más difícil, a mis maestros y maestras, por con cada uno de sus conocimientos dejarme una gran enseñanza en el camino que necesitaba forjar, en especial a mi asesora, la maestra Alejandra Gómez Bocanegra por la paciencia y el apoyo brindado desde el día uno que inicie esta bella profesión, por último a Itzel Luer, mi compañera de vida, porque sin su apoyo y escucha constante no estaría llegando a donde estoy.

Por último, como dice Simone de Beauvoir; “La libertad es un valor que debemos conquistar constantemente” y es por eso mismo que me gustaría agradecer a las mujeres a lo largo de la historia y de mi vida que han sido un pilar para la construcción de mi pensamiento actual y las precursoras de lo que hoy en día conocemos y disfrutamos.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>7</b>
INTRODUCCIÓN.....	7
METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA.....	10
CARTA PROGRAMÁTICA POR TEMA.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>29</b>
MARCO TEÓRICO.....	29
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	29
Violencia estética.....	41
Socialización de los ideales de belleza.....	48
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria desde el ámbito psicológico y psiquiátrico.....	55
Psicoeducación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	64
Perspectiva de género en la psicoeducación para los trastornos de la conducta alimentaria.....	71
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>76</b>
METODOLOGÍA.....	76
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	76
SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN.....	76
OBJETIVO GENERAL.....	77
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	77
DISEÑO METODOLÓGICO.....	78
PARTICIPANTES.....	78
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	78
PROCEDIMIENTO.....	79
ÉTICA.....	79
RESULTADOS ESPERADOS.....	80
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>81</b>
ANÁLISIS DEL TALLER.....	81
GENERALIDADES DE LOS TCA.....	85
SOCIEDAD Y TCA.....	88
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	90
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>96</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>98</b>
A1.....	98
A2.....	100
A3.....	102

## RESUMEN:

Esta tesis explora la implementación de un taller de sensibilización enfocado en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) mediante un enfoque de psicoeducación con perspectiva de género. Se reconoce que los trastornos de la conducta alimentaria afectan de manera distinta a hombres y mujeres, en gran parte debido a la influencia de factores socioculturales, normativas de género y presiones sociales relacionadas con la imagen corporal.

El taller, diseñado para adolescentes y jóvenes, tiene como objetivo principal fomentar la conciencia y la reflexión crítica sobre estos temas, abordando tanto la prevención como el manejo de los TCA. A través de actividades interactivas, discusiones grupales y ejercicios prácticos, se busca promover una comprensión más profunda de la relación entre la alimentación, la autoimagen y los estándares de belleza impuestos por la sociedad. Además, se incorporan elementos de análisis de género, permitiendo a las participantes identificar y cuestionar los estereotipos y las expectativas que afectan su percepción de sí mismas y de las y los demás.

La investigación utiliza un enfoque metodológico cualitativo, para evaluar la efectividad del taller. Se aplican entrevistas pre y post-taller para identificar cambios en la comprensión y actitud hacia la alimentación y la imagen corporal, que proporcionan un análisis más rico de las experiencias de las participantes. Los resultados indican una mejora significativa en la comprensión

de los TCA, así como un aumento en la sensibilidad hacia las cuestiones de género relacionadas con la alimentación y la salud mental.

Esta prueba piloto de carácter exploratorio destaca la importancia de desarrollar programas de intervención que sean inclusivos y que aborden las complejidades del comportamiento alimentario desde una perspectiva de género. Los hallazgos sugieren que la educación integral no solo puede contribuir a la prevención de los TCA, sino también a la promoción de hábitos alimentarios saludables y un mayor bienestar emocional entre las jóvenes, sin embargo, se hace hincapié en que el resultado de este análisis no pretende generalizar ni medir la eficacia clínica, únicamente pretende observar cualitativamente los resultados del grupo muestra que se solicitó en este taller.

Palabras clave: TCA, Género, psicoeducación

## ABSTRACT:

This thesis investigates a sensitization workshop on eating disorders (ED) using a psychoeducational approach with a gender perspective. It recognizes that ED affects men and women differently due to sociocultural factors and body image pressures. Aimed at adolescents and young adults, the workshop promotes awareness and critical reflection on prevention and management of ED through interactive activities and discussions. Incorporating gender analysis, participants learn to question stereotypes impacting their self-perception. Utilizing a qualitative methodology, pre- and post-workshop interviews assess changes in knowledge and attitudes towards eating and body image. Results show significant improvements in understanding ED and increased sensitivity to gender-related issues, underscoring the need for inclusive intervention programs to foster healthy eating habits and emotional well-being.

# *CAPÍTULO 1*

## DISEÑO TALLERES:

### **INTRODUCCIÓN:**

En los últimos años, la prevención de la violencia de género ha emergido como un objetivo crucial en los movimientos de cambio social en diversas esferas: privadas, públicas, gubernamentales y no gubernamentales. Este esfuerzo continuo refleja un compromiso colectivo hacia la creación de estrategias integrales que aborden problemas sociales y de salud pública, como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estos trastornos, caracterizados por patrones de comportamiento alimentario perturbados y preocupaciones excesivas por el peso y la imagen corporal, afectan desproporcionadamente a las mujeres y a las jóvenes, exacerbados por ideales de belleza impuestos y estereotipos de género arraigados.

En este contexto, la formulación de una estrategia de prevención eficaz se convierte en un componente esencial para la reestructuración cultural en curso, sin embargo, aunado a esto se resalta que la presente investigación pretende generar una prueba piloto cualitativa sin intención de generalizar los resultados, pero si concluir un análisis que sirva de preámbulo en otros contextos educativos.

Ahora bien, la sociedad contemporánea enfrenta un desafío profundo: dismantelar las normas culturales y los estereotipos que perpetúan la desigualdad de género y que, según estudios, contribuyen al desarrollo de

trastornos alimentarios. Las jóvenes y adolescentes, en particular, se ven afectadas por presiones sociales y expectativas irrealistas relacionadas con la apariencia física, que a menudo impactan negativamente la percepción de sí mismas y su bienestar emocional.

Es ampliamente reconocido que el ideal de belleza física impuesto por la sociedad ejerce una influencia significativa en la autopercepción de las mujeres adolescentes principalmente, afectando profundamente su desarrollo personal. Las repercusiones de estos ideales se extienden más allá de las cuestiones estéticas, penetrando en la salud mental y emocional de las jóvenes, contribuyendo a la aparición y perpetuación de los TCA.

Para abordar este desafío complejo y multifacético, es imperativo desentrañar los factores culturales, las desigualdades sociales y las percepciones físicas arraigadas que contribuyen a estos trastornos.

Introducir una perspectiva de género en nuestras intervenciones es crucial, ya que nos permite comprender con mayor precisión las disparidades de género en la prevalencia de los TCA. La investigación indica que las mujeres enfrentan una mayor presión para cumplir con los estándares de belleza y delgadez, exagerando su vulnerabilidad a desarrollar estos trastornos.

Por lo tanto, cualquier estrategia de prevención efectiva debe considerar cómo estas presiones y expectativas influyen en la salud mental y emocional de las jóvenes, y visibilizar las tácticas con las que podemos trabajar para mitigar estos efectos negativos desde una edad temprana.

Es en este contexto que se propone una intervención con el objetivo primordial de abordar de manera integral las causas sociales subyacentes a estos trastornos. Al mismo tiempo que al enfocarnos en la raíz del problema social, buscamos implementar talleres educativos que puedan servir como herramientas de sensibilización para niñas y mujeres, independientemente de que presenten o no conductas de riesgo asociadas con los TCA. Estos talleres no solo están diseñados para educar sobre la importancia de una relación saludable con la alimentación y la imagen corporal, sino también para promover la autoaceptación, la resiliencia emocional y la valoración de la diversidad, sin embargo, es imperioso reafirmar que esta estrategia de sensibilización se basa en una prueba piloto y no pretende generalizar los resultados o equipararlos a un estudio de corte clínico, únicamente abre la puerta a la conversación sobre la necesidad de generar estos planes de atención a temas sociales.

Esta propuesta aspira a ser un taller que en una escala de inicio muestral lleve a ser una introducción para mitigar los efectos adversos de los TCA, y también pretende al menos con quienes se llevó a cabo el taller fomentar un cambio individual hacia normativas de belleza más inclusivas y saludables.

Al hacerlo, buscamos en una pequeña escala contribuir a la construcción de una sociedad que valora la diversidad, promueve la autoaceptación y reconoce la importancia de la igualdad de género en la salud mental y emocional de las jóvenes, pues ningún cambio inicia con grandes movimientos siempre es una persona cuestionando lo normalizado y trabajando en sus propias percepciones, de a poco transfiriéndolas a más personas, es por eso que aunque este es un taller que no pretende generalizar ni ser un estudio a gran escala, si busca dejar su granito de arena para el cuestionamiento personal de quienes lean esta propuesta o sean parte de la mism.

En resumen, la iniciativa aquí planteada representa un paso significativo hacia la consecución de una sociedad más equitativa y empática, donde la prevención y el cuidado integral de la salud emocional juegan un papel central en la promoción del bienestar de las generaciones futuras. El compromiso con la sensibilización de los TCA no solo fortalece la salud individual y colectiva, sino que también nos acerca a una realidad donde todas las personas, independientemente de su género puedan desarrollarse plenamente y sin limitaciones impuestas por estándares sociales restrictivos

## METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA:

APLICACIÓN DE TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA MEDIANTE PSICOEDUCACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.
<b>NOMBRE:</b> “Ciclo de talleres para la sensibilización de los TCA desde una perspectiva de género”
<b>MODALIDAD:</b> Taller//Presencial o virtual, según el contexto
<b>POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDO:</b> Mujeres de entre 18 y 27 años con o sin diagnóstico de TCA (El taller puede ser adaptado a diferentes edades y contextos)
<b>NÚMERO DE PERSONAS QUE PUEDEN SER PARTE DEL GRUPO:</b> 15-20 personas
<b>TIEMPO APROXIMADO DE EJECUCIÓN TOTAL:</b> 9 horas (3 horas por taller)
<b>TEMAS GENERALES A ABORDAR:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>GENERALIDADES DE LOS TCA:</u> En este tema se pretende sensibilizar a las mujeres pertenecientes al grupo para la identificación de los TCA.</li><li>2. <u>SOCIEDAD Y TCA:</u> En este tema lo principal es identificar las causas</li></ol>

sociales que afectan a mujeres y niñas y reconocer la relación con el desarrollo de un TCA.

3. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: En este punto al ser la conclusión de los talleres, se pretende llegar a brindar herramientas que tengan un impacto positivo en las mujeres que han tomado estos talleres para lograr una prevención del desarrollo de un TCA o en su defecto generar una intención de tratar el mismo con ayuda profesional.

**OBJETIVO:** Generar en las mujeres que asistan a estos talleres las herramientas suficientes para que puedan prevenir el desarrollo de un TCA o generen la suficiente experiencia dentro de estos temas para que tengan la intención de tratar el mismo si es que ya fueron diagnosticadas.

**CARTA PROGRAMÁTICA POR TEMA:**

1. <u>GENERALIDADES DE LOS TCA</u> : Sensibilización		
<b>DURACIÓN TOTAL: 3 HORAS</b>		
TEMÁTICA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
<b>INTEGRACIÓN</b>	Bienvenida Presentación de facilitadora/organización o institución.	40 MINUTOS

	Encuadre Presentación grupal: <b>Actividad- “Día de campo”</b> (Léase en descripción de actividades)	
<b>TÉCNICA DE APRENDIZAJE 1</b>	<b>Actividad- “Imágenes de hielo”</b> (Léase en descripción de actividades)	40 MINUTOS

<p><b>EXPOSICIÓN DE CONTENIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un TCA?</li> <li>• Clasificación de los TCA.</li> <li>• Población afectada.</li> <li>• Profesionales capacitados para su detección y atención.</li> <li>• ¿Cómo sensibilizar a las personas cercanas a ti?</li> </ul>	<p>1 HORA 20 MINUTOS</p>
<p><b>CIERRE</b></p>	<p>Procesamiento de las actividades y temas</p>	<p>20 MINUTOS</p>

	<p>tratados;</p> <p>¿Qué aprendieron?, ¿Qué les hizo falta comprender?, ¿Qué opinión tenían y cuál generaron?</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>2. <u>SOCIEDAD Y TCA</u>: Causas sociales y perspectiva de género</p>
<p><b>DURACIÓN TOTAL: 3 HORAS</b></p>

TEMÁTICA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
<b>INTEGRACIÓN</b>	<p>Bienvenida</p> <p><b>Actividad de rapport</b></p> <p>(Léase en descripción de actividades)</p> <p>Ejercicio para recordar lo aprendido el día anterior.</p>	20 MINUTOS
<b>TÉCNICA DE APRENDIZAJE 2</b>	<b>Actividad- “Cintas de prejuicios”</b> (Léase en descripción de actividades)	40 MINUTOS
<b>EXPOSICIÓN DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo y género</li> <li>• Roles y estereotipos</li> </ul>	1 HORA 20 MINUTOS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prejuicios</li> <li>• Prejuicios respecto a corporalidades</li> <li>• Violencia estética</li> <li>• TCA y diferencias de género</li> <li>• Estadísticas</li> </ul>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>TÉCNICA DE APRENDIZAJE 2.1</b>	<b>Actividad- “Estatuas de un TCA”</b> (Léase en descripción de actividades)	20 MINUTOS
<b>CIERRE</b>	Procesamiento de las actividades y temas tratados; ¿Qué aprendieron?, ¿Qué les hizo falta comprender?, ¿Qué opinión tenían y cuál generaron?	20 MINUTOS

3. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: Herramientas funcionales

**DURACIÓN TOTAL: 3 HORAS**

TEMÁTICA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
<b>INTEGRACIÓN</b>	<p>Bienvenida</p> <p><b>Actividad de rapport</b> (Léase en descripción de actividades)</p> <p>Ejercicio para recordar lo aprendido el día anterior.</p>	20 MINUTOS
<b>TÉCNICA DE APRENDIZAJE 3</b>	<b>Actividad- “Fotos de corporalidad”</b> (Léase en descripción de actividades)	40 MINUTOS
<b>EXPOSICIÓN DE CONTENIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Corporalidades</li> <li>● Autoestima</li> <li>● Empoderamiento</li> <li>● Cuestionamiento</li> <li>● Empatía</li> </ul>	1 HORA
<b>TÉCNICA DE APRENDIZAJE 3.1</b>	<b>Actividad- “Carta a mi cuerpo ”</b> (Léase en descripción de actividades)	30 MINUTOS
<b>CIERRE</b>	Procesamiento de las actividades y temas	30 MINUTOS

	<p>tratados;</p> <p>¿Qué aprendieron?, ¿Qué les hizo falta comprender?, ¿Qué opinión tenían y cuál generaron?</p> <p>Conclusiones</p> <p>Despedida</p> <p>Aporte de lugares o profesionistas especializados en atención a los TCA</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Descripción de actividades:**

<b>TEMA: GENERALIDADES DE LOS TCA</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>MATERIALES</b>
<i>ACTIVIDAD DE PRESENTACIÓN: DÍA DE CAMPO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se solicita al grupo que se pongan de pie de un lado del espacio.</li><li>• La facilitadora se pone del otro lado y les comenta que todo el grupo y ella irán de día de campo</li></ul>	Sillas y un espacio amplio para que las participantes puedan hacer el ejercicio de cambiar de lado

	<p>y cada persona debe llevar algo para poder ir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por turnos deben ir diciendo su nombre y lo que piensan llevar y la facilitadora les dirá si van o no a partir de una clave se les comenta que no todos pueden llevar cualquier cosa hay una clave y deben descifrarla.</li> <li>• El juego de la clave consiste en que deben llevar algo cuya letra inicial sea la misma de su nombre por ejemplo; “Ana llevará Almendras” “Miriam llevará manzanas”</li> <li>• Cuando todo el grupo haya logrado descifrar la clave y diga su nombre y lo que va a llevar con la misma inicial podrán pasar al otro lado del salón y comenzará el taller.</li> </ul>	del salón.
<b>ACTIVIDAD 1:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se divide al grupo en dos</li> </ul>	Ninguno en

<p><i>IMÁGENES DE HIELO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se pide a uno de los equipos que salga del aula y se ponga de acuerdo respecto a una situación que puedan representar mediante una imagen congelada con caras y gestos que tenga que ver con los temas que se revisarán.</li> <li>● El segundo equipo se queda observando y en silencio mientras el primero está representando la imagen congelada se les pide que cierren los ojos y se les pregunta; <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Qué sensación tienes al estar representando este rol?</li> <li>● ¿Qué te dan ganas de hacer?</li> <li>● ¿Estás bien así o podrías estar mejor?</li> <li>● ¿Qué puedes hacer para estar mejor?</li> </ul> </li> </ul>	<p>específico.</p>
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De quién depende que te sientas mejor?</li> <li>• Tras unos minutos con esta reflexión se les pide que regresen a su lugar y los observadores compartan sus impresiones.</li> </ul>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>TEMA: SOCIEDAD Y TCA</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>MATERIALES</b>
<i>ACTIVIDAD DE RAPPORT: ¿QUÉ ME HACE SENTIR ORGULLOSA?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se solicita a las participantes que respondan qué cosa de lo que han hecho a lo largo de su vida les hace sentir orgullosas el día de hoy.</li> </ul>	Sillas y un espacio amplio para sentar al grupo en círculo o media luna según sea el caso.
<i>ACTIVIDAD 2: CINTAS DE PREJUICIOS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide al grupo numerarse para formar equipos de 5, se les da la instrucción de que se agrupen</li> <li>• Cada equipo va a realizar etiquetas con prejuicios cómo; "Inteligente, tonta, gorda, flaca,</li> </ul>	Cinta adhesiva o etiquetas adhesivas, plumones y sillas.

	<p>conflictiva, tranquila, coqueta, etc”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le pide a cada integrante del equipo que pegue una de estas etiquetas en la frente de los otros integrantes sin que la persona a quién se lo pegó intente adivinar qué prejuicio tiene en la frente, más bien concentrarse en los prejuicios de las otras personas.</li> <li>• Se les explica que tienen que organizar una fiesta grupal y en esta fiesta tienen que tratar a todas las invitadas por el prejuicio que tienen enfrente.</li> <li>• Al finalizar la actividad se le pide a cada participante que se quite la cinta, lea su etiqueta y compartamos en círculo cómo nos sentimos al ser tratados por estos prejuicios.</li> </ul>	
<p><i>ACTIVIDAD 2.1:</i> <i>ESTATUAS DE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide al grupo que se enumere del uno al cuatro y n se</li> </ul>	<p>Ninguno en específico .</p>

<i>UN TCA</i>	<p>formen equipos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada equipo elegirá a una persona que será el modelo en el ejercicio, deberá imaginar que la persona elegida de modelo es una barra de plastilina y tendrán que hacer una figura con ella basándose en las diferencias de género que existen alrededor de los TCA el resto del grupo deberá observar las figuras que han hecho e intentarán identificar a que hacen referencia.</li> <li>• Al final se les pide que regresen a sus lugares y se comentan los resultados.</li> </ul>	
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>TEMA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN</b>		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
<i>ACTIVIDAD DE RAPPORT:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide al grupo que comparta cómo se siente respecto a los</li> </ul>	Sillas y un espacio amplio para sentar

<p>¿CÓMO ME SIENTO RESPECTO A MIS LOGROS PERSONALES?</p>	<p>logros personales a corto, mediano y largo plazo que ya han culminado hasta el momento.</p>	<p>al grupo en círculo o media luna según sea el caso.</p>
<p>ACTIVIDAD 3: FOTOS DE CORPORALIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les brindan diversas fotos al grupo cuatro o cinco por persona aproximadamente, las fotos tienen que ser de personas con corporalidades diversas pueden ser personas delgadas, altas, gordas, morenas, blancas, etcétera.</li> <li>• Se les pide que señalen qué personas están enfermas.</li> <li>• Comentamos nuestros resultados y cuestionamos los mitos y prejuicios que pueden aparecer en la dinámica.</li> </ul>	<p>Fotografías de corporalidades diversas y sillas.</p>
<p>ACTIVIDAD 3.1: CARTA A MI CUERPO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide al grupo que individualmente hagan una reflexión respecto a todos los</li> </ul>	<p>Materiales artísticos para poder realizar la</p>

	<p>temas tocados en las sesiones y puedan identificar qué prejuicios les han lastimados lo largo de su vida en torno a cómo es su cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se les pide que tomen todo el material que necesiten para poder hacer una carta a su cuerpo de la forma en que más les guste</li> <li>● En la carta tendrán que exponer un agradecimiento y un ejercicio de perdonar el cómo han tratado a su cuerpo por expectativas sociales.</li> <li>● Al concluir las cartas se les pide que si quieren las compartan y si no entonces compartan únicamente cómo les hizo sentir la actividad.</li> </ul>	<p>carta a gusto personal, hojas, sobres, mesas y sillas para las participantes.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En la actualidad, la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se revela como un desafío complejo de salud pública con profundas raíces sociales. La adolescencia, fase crítica en la formación de identidad, se encuentra inmersa en un entorno cultural que exalta determinados estándares de belleza física como símbolos de aceptación y éxito social. Desde una perspectiva sociocultural constructivista del aprendizaje (Bousas, 2007), se entiende que los procesos psicológicos superiores, incluyendo la autopercepción y la conformidad con normas estéticas, son moldeados por la interacción constante con el entorno social. En este sentido, la sociedad contemporánea promueve de manera omnipresente la juventud, la delgadez y la imagen física como ideales de identificación y aspiración, especialmente para los adolescentes y jóvenes.

La imposición de estos ideales estéticos no solo condiciona la percepción individual del cuerpo, sino que también contribuye significativamente al desarrollo de TCA como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos trastornos no discriminan género ni edad, pero afectan de manera desproporcionada a las mujeres jóvenes, quienes enfrentan presiones culturales intensas para alcanzar y mantener un cuerpo conforme a los estándares de belleza prevalentes. Esta presión constante puede llevar a una disminución de la autoestima, insatisfacción corporal y, en casos extremos, a comportamientos alimentarios perjudiciales que ponen en

riesgo la salud física y emocional.

Las estadísticas de salud pública subrayan la gravedad del problema. Según datos de la Secretaría de Salud de México, cada año se registran aproximadamente 20 mil nuevos casos de anorexia y bulimia, siendo los adolescentes de 15 a 19 años el grupo más afectado (2017). Estos trastornos no solo representan un desafío para la salud física, sino que también tienen repercusiones significativas en la salud mental y emocional de quienes los padecen. El impacto combinado de los TCA en la calidad de vida, el bienestar emocional y la estabilidad psicológica de los individuos subraya la urgencia de abordar este problema desde una perspectiva integral.

La influencia de los medios de comunicación y las redes sociales agrava aún más la situación. La constante exposición a imágenes retocadas y mensajes publicitarios que idealizan cuerpos delgados y atribuyen valor a la apariencia física perpetúa la insatisfacción corporal y la búsqueda obsesiva de una imagen idealizada. Este fenómeno no solo aumenta la vulnerabilidad a los TCA, sino que también dificulta la promoción de una imagen corporal saludable y realista entre los jóvenes.

Además de los impactos individuales, los TCA presentan una tasa de mortalidad alarmantemente alta. Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2009), aproximadamente una de cada diez personas con TCA fallece debido a complicaciones como desnutrición severa, insuficiencia cardíaca o

suicidio. Esta realidad subraya la necesidad urgente de identificación temprana, intervención efectiva y apoyo continuo para aquellos que enfrentan estos trastornos.

Es fundamental reconocer también las diferencias de género en la prevalencia y tratamiento de los TCA. Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), los hombres están significativamente subrepresentados en las muestras de personas que buscan tratamiento para TCA, lo cual indica una brecha en la identificación y atención de estos trastornos entre géneros.

En respuesta a esta compleja problemática, la presente propuesta de intervención se enfoca en la psicoeducación y la sensibilización, integrando una perspectiva de género para abordar las raíces sociales y culturales de los TCA. La iniciativa busca promover una comprensión más profunda de cómo los ideales de belleza y los roles de género influyen en la autopercepción y la salud mental de los jóvenes. Al hacerlo, se aspira a fomentar una imagen corporal positiva, la autoaceptación y la resiliencia emocional como pilares fundamentales de la salud integral.

En resumen, la complejidad y gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como problemas de salud pública demandan un enfoque holístico y colaborativo que aborde tanto los factores individuales como los sociales. Los TCA, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, no solo afectan la salud física de quienes los padecen,

sino que también tienen profundas implicaciones en su bienestar emocional y calidad de vida.

Desde una perspectiva social, estos trastornos están estrechamente ligados a normas culturales y presiones sociales que promueven ideales de belleza física inalcanzables y perjudiciales. La adolescencia, etapa crítica en la formación de la identidad, se ve especialmente vulnerable a estos mensajes, lo que contribuye a la aparición y perpetuación de los TCA entre los jóvenes.

Para abordar efectivamente esta problemática, es esencial implementar estrategias de educación y sensibilización desde una edad temprana. La promoción de una imagen corporal positiva y la autoaceptación son fundamentales para contrarrestar los efectos negativos de las presiones

culturales y sociales que contribuyen a los TCA. Además, el apoyo continuo a través de intervenciones terapéuticas y programas comunitarios puede proporcionar herramientas cruciales para la recuperación y la prevención de recaídas.

Un aspecto crucial de cualquier enfoque integral es la inclusión de una perspectiva de género, dado que las mujeres enfrentan desproporcionadamente mayores expectativas y críticas relacionadas con su apariencia física. La sensibilización sobre estas disparidades y la promoción

de la igualdad de género son pasos fundamentales hacia una sociedad más equitativa y comprensiva.

En última instancia, avanzar hacia una sociedad donde todas las personas, independientemente de su género o apariencia física, puedan prosperar en un entorno de aceptación y bienestar requiere un compromiso colectivo. La colaboración entre profesionales de la salud, educadores, líderes comunitarios y familias es clave para implementar estrategias efectivas que promuevan la salud mental y emocional de las generaciones futuras y mitiguen los impactos devastadores de los TCA en nuestra sociedad.

## CAPÍTULO 2

### **MARCO TEÓRICO:**

#### **Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos:**

En este punto es fundamental comprender que los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCA) representan un conjunto complejo de alteraciones que afectan tanto la salud física como la psicológica, emocional y conductual de quienes los experimentan. Estos trastornos se caracterizan por perturbaciones significativas en la manera en que se consumen o se absorben los alimentos, con efectos perjudiciales profundos en las áreas mencionadas anteriormente. Entre los TCA reconocidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se incluyen la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones (American Psychiatric Association, 2014).

A lo largo de la historia, estos trastornos han captado la atención y se han convertido en temas recurrentes en los medios de comunicación, especialmente la bulimia y la anorexia nerviosa. Aunque no se dispone de datos precisos sobre su prevalencia en épocas antiguas, existe un hecho documentado en el siglo XI que ilustra una forma temprana de estos trastornos: un monje de Monhein relató la milagrosa curación de Friderada, una joven que dejó de comer por completo

y vomitaba los lácteos que ingería después de un periodo de voracidad intensa (Habermas, 1986). Este caso histórico representa un antecedente inicial, y a partir del siglo XVI, figuras como Simone Porta comenzaron a describir síntomas clínicos que hoy identificamos como anorexia nerviosa.

Después de esto, Richard Morton el autor que describió ya con un detalle más específico y mucha precisión un cuadro de anorexia nerviosa en el siglo XVII en su texto llamado “A Treatise of compsumptions”, sin embargo, en este punto aún no se conoce a la enfermedad con su actual nombre, el autor la denomina como “consunción nerviosa” y aquí describe síntomas específicos y atribuye esta patología a la tristeza.

Durante todo el proceso de descripción de la anorexia nerviosa, diversidad de estudiosos intentando dar respuesta a la etiología de la anorexia, observaron la sintomatología desde su campo de estudio y esclarecieron conclusiones en torno a la misma, disciplinas como la endocrinología, la psiquiatría y la neurología atribuyen la existencia de esta enfermedad a la histeria. Sin embargo, el aporte de Freud fue el más relevante, todo esto gracias al propio contexto en el que se desarrollaban las bases para el estudio de esta patología.

Como ya se mencionó la teoría psicoanalítica fue la que más destacó, debido a los síntomas mismos de la enfermedad, se reforzó que su aparición se debía a la histeria, (La enfermedad más estudiada por Freud, representante de la teoría psicoanalítica) respaldando la idea que ya otros médicos tenían y además relacionándola directamente con el nulo interés o el deseo de no expresar

sexualidad. (Ruesgas y Soliz, 2005)

Otro trabajo significativo en la historia de la evolución diagnóstica de la anorexia nerviosa es el de Hilde Brunch, psiquiatra y psicoanalista, que en

1973 hace referencia y presta especial atención a la distorsión de la imagen corporal, lo cual como identificamos más adelante tiene total relación con el diagnóstico y la descripción de lo que es esta enfermedad actualmente.

Por otro lado, la bulimia nerviosa tiene un contexto histórico menos conocido, no ha sido tan estudiada desde mucho tiempo atrás, en el caso de la bulimia las primeras referencias médicas son de los años 1700.

En el siglo 18, James describió una entidad como true boulimus caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante caninus appetitus en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada. (Rava y Silber, 2004)

No fue hasta 1979 que el psiquiatra Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad, en la cual mencionaba como síntomas generalizados en pacientes que presentaban la enfermedad, atracones y vómitos. La llamó en su momento "bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa" (Rava y Silber, 2004)

Ahora bien, es crucial entender el proceso mediante el cual se definen los criterios diagnósticos actuales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM). Este manual tuvo sus inicios significativos en 1952, cuando el comité de la Asociación Americana de Psiquiatría comenzó a estructurar su primera edición. Este evento marcó un hito al convertirse en el primer manual oficial de trastornos mentales con utilidad clínica

reconocida. Su desarrollo fue parte de un proyecto estadístico que se gestó un siglo antes, con el objetivo de establecer una "nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países" (Stucchi Portocarrero, 2004).

Con el avance de la psiquiatría y los estudios subsecuentes, se reconoció la necesidad de una categorización más precisa y actualizada de los trastornos mentales. Esta evolución condujo a la edición tercera del DSM, en la cual se introdujo una nueva categorización que incluía específicamente la anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria. Este cambio reflejó un entendimiento más profundo y detallado de estas condiciones, permitiendo así una mejor orientación en su diagnóstico y tratamiento (American Psychiatric Association, 2014).

Desde su primera edición, el DSM ha sido una herramienta fundamental en la psiquiatría para clasificar y diagnosticar trastornos mentales, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En el DSM-III, publicado en 1980 y revisado en 1987, se establecieron los criterios diagnósticos que definieron estos trastornos de manera más

estructurada y detallada que en las ediciones anteriores.

En el DSM-III (1987), los criterios para la anorexia nerviosa incluían el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la imagen corporal, la pérdida significativa de peso, la amenorrea en mujeres y el rechazo a mantener un peso corporal mínimo. Estos criterios reflejan una comprensión inicial

pero significativa de la enfermedad, identificando a las mujeres adolescentes como el grupo de riesgo principal.

Posteriormente, en la revisión de esta misma edición, se ajustaron algunos criterios, como el peso mínimo necesario para el diagnóstico de anorexia nerviosa, reconociendo una variedad más amplia de presentaciones clínicas y experiencias individuales dentro de los trastornos alimentarios.

Con la publicación del DSM-IV en 1994, se produjeron cambios más emblemáticos. Se introdujo el concepto de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), que permitía diagnosticar casos que no cumplían estrictamente con los criterios para anorexia o bulimia nerviosas, pero que mostraban síntomas representativos y clínicamente relevantes. Este cambio reflejó una comprensión más matizada y flexible de los trastornos alimentarios, reconociendo que las presentaciones clínicas pueden variar ampliamente y no siempre encajan en categorías rígidas.

El DSM-IV también amplió la inclusión de criterios para la bulimia nerviosa, reconociendo que tanto hombres como mujeres podían experimentar este

trastorno sin necesariamente mostrar una pérdida significativa de peso, enfocándose más en los patrones de comportamiento alimentario y purgatorio.

En las ediciones posteriores, como el DSM-5 publicado en 2013, se continuó refinando la clasificación y los criterios diagnósticos. Se integraron investigaciones actualizadas y nuevas perspectivas clínicas para mejorar la

precisión y la relevancia de los diagnósticos en el contexto contemporáneo de la salud mental.

En resumen, a medida que ha evolucionado el DSM, ha habido un movimiento hacia una comprensión más profunda y menos sesgada de los trastornos de la conducta alimentaria, lo que ha mejorado la capacidad de los clínicos para diagnosticar y tratar de manera efectiva estos desafíos de salud mental tan complejos y variados. Este proceso ha sido fundamental para proporcionar una atención más personalizada y adecuada a las necesidades individuales de quienes sufren estos trastornos.

Para la investigación actual nos enfocaremos principalmente en el trastorno de anorexia, bulimia nerviosa y trastorno de atracones, los cuales ya fueron definidos en la versión más reciente del DSM (DSM 5), para lo que es importante esclarecerlos aquí.

El primero, se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo esperado, ya sea a través de una restricción intensa en la ingesta calórica o de un gasto de energía realizando ejercicio excesivo; también es característico el miedo intenso a ganar peso o convertirse en una persona obesa y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. (Ibarzabal et al. 2015)

El trastorno de anorexia nerviosa, según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), presenta dos subtipos principales: el restrictivo, donde la pérdida de peso se atribuye principalmente a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo; y el subtipo con atracones/purgas, donde la pérdida de peso ocurre debido al vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos o enemas después de periodos de atracones.

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios compulsivos de ingesta descontrolada (atracon), donde se consumen grandes cantidades de alimentos en períodos muy cortos, con aportes calóricos que pueden alcanzar entre 3,000 y 10,000 kcal. Estos episodios van seguidos de conductas destinadas a contrarrestar el efecto calórico, como el vómito autoprovocado, uso de laxantes y diuréticos, dietas restrictivas y aumento de la actividad física (Rava, Silber, 2004).

La bulimia nerviosa suele iniciarse durante la adolescencia o la adultez temprana, siendo poco común antes de la pubertad o después de los 40 años (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014). Este dato es crucial porque resalta la importancia de identificar y abordar precozmente las conductas que podrían indicar un desarrollo futuro de trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de prevenir su manifestación en estos rangos de edad. en estos rangos de edad.

Por último, el trastorno de atracones; se distingue por episodios de ingesta

compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias (que son características de la bulimia nerviosa) (García, 2014).

No obstante, si bien no es posible identificar una etiología única para este tipo de trastornos el conocer las múltiples causales de ellos es fundamental para la presente investigación, pues así podremos reforzar la justificación de la realización de esta.

Encontramos que existen múltiples causas de los TCA; estas patologías surgen de la interacción de factores psicológicos, físicos, sociales y culturales que impactan en el comportamiento del individuo. En los TCA, además de que se toman en cuenta los diferentes factores causales, también se debe considerar la etapa de la adolescencia como un factor disposicional que se caracteriza por cambios biológicos, sociales y psicológicos. (Portela et al, 2012)

A este punto es imprescindible comprender que aunque no se encuentre dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno dismórfico corporal (TDC) es comórbido con estos, y se explica principalmente por qué las distorsiones cognitivas que se experimentan en el desarrollo de un TDC son direccionadas hacia una preocupación excesiva por “defectos” inexistentes o casi imperceptibles ante la perspectiva ajena, incluso algunos casos próximos a una condición delirante lo cual debilita la introspección cognitivo-racional. (Behar et al, 2016)

Es imperativo hablar de este último para la actual investigación ya que por definición este se distingue por la preocupación excesiva de la apariencia

física y dentro de los trastornos de la conducta alimentaria vemos esta característica frecuentemente, se caracterizan por presentar una insatisfacción con el peso e imagen corporal que resultan de ideas sobrevaloradas o de distorsiones en la concepción de lo que es un cuerpo o peso perfectos. (Losada, Lupis, 2018) Es decir la correlación que estos dos últimos términos tienen y por lo que es importante tomarlos en conjunto es un concepto que ha cobrado importancia a la hora de las investigaciones respecto a la etiología de los TCA, pues en la década de los años 60 encontramos uno de los primeros antecedentes de la relación entre TCA Y TDC, pues, Bruch (1962) psiquiatra y psicoanalista alemana encuentra ciertos rasgos psicopatológicos en pacientes que experimentan un trastorno de la conducta alimentaria específicamente anorexia como lo es la alteración en la imagen corporal, la que se define como;

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se manifiesta”. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. (Sepúlveda, 2004)

En vista de lo anterior podemos entender que, la forma en que nos auto percibimos anatómicamente está estrechamente relacionada con la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, pues a la hora de experimentar consciencia de lo que “idealmente” debería ser nuestro cuerpo, si notamos una distancia entre esto y la realidad corporal en la que vivimos comenzamos a visualizar una imagen distorsionada que podría estarse

acercando a un síntoma y/o causa del desarrollo de un TCA.

En consecuencia, ya que se ha comprendido el contexto histórico y la definición conceptual de los trastornos que estaremos observando principalmente, es necesario conocer la existencia de estudios previos que pudieran avalar la perspectiva anterior de que la preocupación por la imagen corporal es una constante en el desarrollo de los TCA. Es por ello que resulta importante subrayar que un concepto importante dentro de la presente investigación es la sociedad (principalmente por la relación que tiene en la creación de la imagen corporal ideal) y como esta ha afectado de manera directa o indirecta a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, para lo que es importante tener en cuenta que el aprendizaje de un estereotipo “deseable” de belleza, requiere de todo un proceso de observación y anclaje en nuestras ideas previas, que ocurre y pasa a ser parte de todo o la mayoría al menos del contexto en el que el individuo se desenvuelve, lo que hace que el individuo se sienta o no identificado con este canon.

Encontramos entonces que se ha propuesto lo siguiente; mientras que las características femeninas y masculinas del rol de género, en tanto positivas o socialmente deseables, promueven un buen desempeño social entre los individuos, las características negativas del género (machismo y sumisión) están asociadas con conductas que pueden poner en riesgo la salud. Por ejemplo, se han visto relacionadas con el tomar mayores riesgos, con la falta de atención a la propia salud (Himmelstein y Sanchez, 2014)

La información previamente explicada podría darnos una perspectiva respecto al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, específicamente hablando de anorexia nerviosa, pues, como ya se

mencionó en la sociedad ha existido una enseñanza del ideal de belleza que genera diversos conflictos en torno a la corporalidad de las mujeres más comúnmente. Por lo que podemos comprender que; “La importancia del peso y en particular del cuerpo viene definida por el hecho de que su percepción explica al menos el 25% de nuestra autoestima.” (Ramos et al, 2003), a través de los diversos estudios que existen en torno a los trastornos de la conducta alimentaria podemos referenciar el presente estudio, pues los datos que nos reflejan nos dan lucidez respecto a un síntoma constante en los trastornos que estaremos revisando a lo largo de este estudio, la preocupación excesiva sobre la percepción corporal propia y de los demás.

Para Juanita Gempeler;

En los TCA, el cuerpo es visto con malestar, con rechazo o, incluso, con asco. Existe una gran dificultad en identificarlo como un medio válido de acercamiento o de contacto, para mirarlo, para nombrarlo en cada una de sus partes, para sentirlo como propio o para identificar e integrar los cambios corporales asociados con el crecimiento y el desarrollo.

En vista de lo ya mencionado, podemos retomar que si bien no podríamos llamar a la presencia de la preocupación por la imagen corporal la etiología única de los trastornos de la conducta alimentaria, si podemos considerarla como un predisponente presente en la mayoría sino es que todos los casos de TCA, ya que la razón por la que una persona comienza a introducirse en el mundo de los procedimientos “estéticos” es lo que deja claro Ana María Fernández de la siguiente manera; “Las corporalidades son clasificadas y categorizadas, prohibidas o alentadas, dependiendo del momento socio-histórico” (Fernández, 2006) de ahí que encontramos razones

suficientes al porqué la preocupación de las mujeres por llegar a ser visualmente estéticas y los métodos que se toman para la consecución de este objetivo.

Teniendo en cuenta el análisis social que deviene con el desarrollo de los TCA, es importante enfatizar en los siguientes datos;

En estudios realizados sobre la relación de los TCA con la imagen corporal, se ha observado que a mayor edad mayor es la influencia de la publicidad y la interiorización del ideal de delgadez; sin embargo, las adolescentes presentan mayor reactividad ante su posible mayor peso. Así como también, las adolescentes asocian más conductas compensatorias inadecuadas para perder peso. (Baldares, 2013)

Por lo tanto, resulta urgente abordar el análisis de los trastornos de la conducta alimentaria dentro del contexto más amplio de nuestra sociedad, donde se define qué comportamientos son aceptables y cuáles son considerados rechazables. Esta dinámica social ejerce una influencia significativa, llevando a individuos a adoptar medidas extremas e insanas con el fin de encajar en el grupo considerado aceptable por la norma social predominante. Además de estos factores, existen riesgos individuales que también contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, además y en conjunto con la ya mencionada presión por alcanzar la satisfacción social.

Las variables que particularmente alertan sobre un mayor riesgo de desarrollar un TCA incluyen la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, la baja autoestima, y estrategias de

afrontamiento como la expresión emocional y la acción impulsiva (Pascual et al., 2011).

En conclusión, basándonos en todo lo descrito y abordado en este capítulo, desde la evolución histórica de los trastornos de la conducta alimentaria hasta las hipótesis sobre por qué estos trastornos son prevalentes en la sociedad occidental, especialmente entre la población joven y las mujeres, podemos afirmar que, si bien estas patologías no son nuevas, han sido objeto de estudio clínico y crítico sólo recientemente, considerando los factores biopsicosociales en el diagnóstico.

Por lo tanto, es imperativo realizar investigaciones más profundas que no solo se enfoquen en identificar los síntomas, sino que también exploren las causas fundamentales detrás de estos trastornos. El objetivo final debería ser la prevención, desarrollando estrategias efectivas que reduzcan la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria antes de que requieran un diagnóstico formal, haciendo de la prevención una meta alcanzable y efectiva en nuestra sociedad.

## **Violencia estética:**

Aunado a lo citado anteriormente, es crucial abordar el concepto de violencia estética. Según Mary Douglas (1988, citado por Ana Martínez, 2004), el cuerpo humano es visto como un objeto natural (cuerpo físico) que está moldeado por fuerzas sociales (cuerpo social) que dictan cómo se percibe en la sociedad. Estas fuerzas sociales convierten las características físicas del cuerpo en símbolos significativos del orden social. En consecuencia, al conocer a una persona, no solo nos guiamos por su apariencia física visible, sino que también tendemos a categorizarla según estereotipos previamente internalizados, lo cual puede llevar a la formación de prejuicios.

El prejuicio, en este contexto, se entiende como resultado de estrategias cognitivas específicas que los individuos utilizan para dar sentido a los procesos naturales y sociales. Desde esta perspectiva, el prejuicio se considera un fenómeno casi inevitable y un producto adaptativo de la historia humana, ya que las categorizaciones, percepciones y juicios sociales son los mecanismos que lo generan (Dovidio, Hewstone, Glick & Esses, 2010).

Es crucial comprender que el uso continuo del prejuicio como estrategia cognitiva de categorización puede tener efectos perjudiciales significativos en la integridad emocional, psicológica e incluso física de las personas. Esto se manifiesta especialmente en casos de violencia, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define como el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea hacia uno mismo, hacia otras personas, grupos o comunidades. La violencia puede resultar en lesiones físicas, daños

psicológicos, alteraciones en el desarrollo personal, abandono e incluso la muerte.

Por lo tanto, es fundamental evidenciar que la violencia estética, derivada de la categorización y el juicio basados en estereotipos físicos y sociales, representa una amenaza seria para el bienestar integral de las personas, subrayando la necesidad urgente de abordar estos problemas desde múltiples perspectivas en la investigación y la práctica social.

Por ende podemos autenticar que al categorizar el cuerpo desde construcciones sociales tendemos a crear un “ideal de belleza” que puede caer en dañar la integridad de las personas, lo que estaría siendo en palabras sencillas, la violencia estética, la conjunción de lo que implica la violencia con los estereotipos y el ideal de belleza, el cual está íntimamente relacionado con los cambios históricos y culturales e incluso económicos que tenemos en sociedad, en el caso específico de la sociedad mexicana, perteneciente a occidente, regida bajo el capitalismo y con una tendencia al patriarcado, podemos decir que conceptos como la belleza se ven restringidos o más bien definidos por estos tres ejes sociales, es por eso que actualmente se vive una mayor evidencia de violencia estética hacia las mujeres, pues como es normalizado, se espera que el cuerpo femenino sea un “producto” (haciendo referencia al régimen económico capitalista), para lo cual debe cubrir ciertos estándares los cuales se ven bastante guiados por el patriarcado, pues se enseña lo que una persona debería ser según el interés colectivo de los consumidores, en este caso los hombres y las mujeres funcionan como producto consumible, como menciona Jean Baudrillard (1974);

Al cuerpo se le enmarca dentro de una economía política del signo

apareciendo como un objeto más de consumo, que es útil a la reproducción del capital. A través del mercado, a las personas se les ha incitado a considerarse como objetos bellos psíquicamente poseídos, manipulados y consumidos por la estructura productiva que cada vez hace más general la idea de que el cuerpo es una obra incompleta que debe ser terminada con esfuerzo propio y con ayuda de un sin número de alimentos, dietas, maquillajes, cirugías estéticas, gimnasios, entre otras formas, dadas por el capitalismo.

Según Naomi Wolf, el mito de la belleza se resume en lo siguiente; las mujeres deben aspirar a poseer esta cualidad y los hombres aspirar a poseer mujeres que la personifiquen. (1990)

A raíz de lo anteriormente mencionado hacemos también hincapié en que este tipo de violencia se manifiesta de manera “simbólica”, pues al no ser tipificada como tal la violencia estética se suele considerar un tipo de violencia más imperceptible, que se ejerce principalmente a través de caminos simbólicos de la comunicación, mediante los cuales se imponen parámetros determinados para que sean percibidas como únicas y válidas y, por tanto, reproducidas naturalmente en la cotidianidad (Bourdieu, 2000)

Como conclusión, la violencia estética puede ser entendida como un mecanismo de control social aceptado, ejercido tanto por individuos como por diversos agentes del sistema como la industria de la moda, la cosmética y los medios digitales. Este fenómeno tiene como objetivo promover ciertos tipos de cuerpos que se consideran "perfectos", especialmente dirigidos hacia el ámbito femenino. Este ideal de perfección, muchas veces internalizado de manera inconsciente y natural, puede imponerse sobre las personas, dictando qué se considera atractivo o deseable.

Este proceso de imposición estética puede tener consecuencias devastadoras, especialmente desde la perspectiva del estereotipo y el prejuicio. La presión para alcanzar estos estándares puede llevar a la destrucción de la integridad psicológica y emocional de los individuos. Esta destrucción emocional puede manifestarse de diversas formas, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria mencionados previamente, donde las personas intentan modificar su cuerpo para cumplir con estos ideales impuestos.

Además, la violencia estética no solo afecta a nivel individual, sino que también perpetúa normas y estructuras sociales que refuerzan desigualdades y discriminaciones basadas en la apariencia física. Esto crea barreras significativas para aquellos que no cumplen con los estándares estéticos dominantes, generando exclusión y marginación.

Es esencial reconocer que la violencia estética opera en múltiples niveles y contextos, desde lo personal hasta lo sistémico. Abordar este problema requiere no solo cambios individuales de conciencia y aceptación, sino también transformaciones estructurales en cómo se define y se promueve la belleza en la sociedad. Esto implica un cambio profundo en las industrias y medios que perpetúan estos ideales, así como una reevaluación crítica de cómo se construyen y se valoran los cuerpos en nuestras interacciones cotidianas y en los espacios públicos.

Ahora bien, nuevamente citando a Naomi Wolf (1990) en su libro “El mito de la belleza”; Durante la última década, las mujeres han interrumpido en la estructura del poder, al mismo tiempo los trastornos de la alimentación han ido aumentando en progresión geométrica y la cirugía plástica se ha convertido en la especialidad médica de más rápido desarrollo. (...)

Con lo expuesto anteriormente, logramos vislumbrar que en efecto el crecimiento exponencial de los derechos de las mujeres viene muy cercano también al aumento de exigencias hacia las mismas, como podemos observar que tal vez actualmente tenemos mayor posibilidad de generar dinero y más campo de acción, sin embargo, el tema de cómo nos sentimos respecto a nuestro aspecto físico, podríamos decir que es mayor que en épocas anteriores (Wolf, 1990).

Podríamos estar visualizando que más allá de solo una cualidad física en sí, el mito de la belleza al que hace referencia la autora feminista, encierra en sí actitudes o conductas que permitan moldear a la mujer ideal en la sociedad occidental, pues por ejemplo, al estar enalteciendo la delgadez, podemos observar la necesidad evidente de “hacer encajar a todas las mujeres en un solo límite guiado por el estereotipo” pero también se está halagando la idea del “cuidado”, que es más que solo salud, sino que también es una conducta y búsqueda de visualizarse distinta, lo que vuelve mucho más difícil el cambio de perspectiva porque, si hacemos un análisis al pasado y revisamos los ideales de belleza de otros años, por ejemplo los cincuenta, vemos un cambio bastante representativo en cómo “debería” ser y verse una mujer, que productos debería usar y como debería vestir, sin embargo en ese momento aún con una comparativa visual muy distinta, se sostenía como

hasta ahora el halago a las conductas y decisiones que implicaban el logro de la “belleza estereotípica”, como el uso de corsés, por ejemplo. Es por ello por lo que es tan difícil desarraigar la costumbre de buscar encajar en este mito de la belleza y en cada estereotipo que renazca según el momento histórico en que nos encontremos, pues siempre está la constante presión por cumplirlo y enaltecimiento al lograrlo.

Hasta aquí es importante comprender que la violencia estética está estrechamente relacionada con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) debido a varios factores interrelacionados. Como veíamos con Naomi Wolf (1990), en su libro "El mito de la belleza", los TCA, como la anorexia y la bulimia nerviosas, frecuentemente están vinculados con una obsesión por alcanzar los ideales de delgadez y belleza promovidos por la sociedad y los medios de comunicación. La búsqueda desesperada por cumplir con estos estándares puede llevar a conductas extremas como la restricción severa de la alimentación o la purga.

La purga, como su propia definición indica, significa “limpiar, purificar algo, quitándole lo innecesario, inconveniente o superfluo”. Es por eso que una conducta purgativa será aquella que se lleva a cabo para intentar eliminar algo innecesario en nuestro cuerpo, siendo esta la comida, intentando disminuir y controlar de esta manera el peso. (Moncayo, 2026)

Además, a este punto comprendemos que la violencia estética perpetúa la idea de que solo ciertos tipos de cuerpo son aceptables y deseables, lo cual puede afectar negativamente la autoestima y la percepción de la propia imagen corporal. Las personas que no se ajustan a estos estándares suelen desarrollar una insatisfacción profunda consigo mismas, lo cual es un factor

de riesgo para los TCA (Widdows, 2018)

La cultura dominada por la violencia estética también promueve la idea de que la delgadez extrema es sinónimo de belleza y éxito personal, recordando lo que mencionamos anteriormente sobre el halago más allá de lo físico a lo conductual, lo que puede llevar a adoptar patrones de alimentación restrictivos o compulsivos en un intento de alcanzar o mantener una aceptación según como te veas.

Además de daños físicos, también las exigencias y expectativas de lo que “deberíamos” cumplir para entrar en el llamado mito de la belleza, pueden contribuir al desarrollo de problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, los cuales también son factores de riesgo o relacionados a los TCA.

En resumen, la violencia estética proporciona el contexto cultural y social que influye en cómo las personas perciben sus cuerpos y cómo se sienten presionadas para cumplir con ciertos ideales de belleza, siendo esto un factor significativo en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## **Socialización de los ideales de belleza:**

En el capítulo anterior se abordó cómo los ideales de belleza están intrínsecamente ligados al contexto sociocultural de cada época. Un ejemplo ilustrativo es el contraste entre las concepciones antiguas y las contemporáneas: en tiempos antiguos, se valoraba el cuerpo robusto de una mujer como un símbolo de fecundidad y salud reproductiva, mientras que se asociaba un cuerpo delgado con hambre y esterilidad. Sin embargo, en el siglo XXI, estas percepciones han experimentado una transformación radical. Desde los años cincuenta, el estereotipo de la mujer sin curvas y con una cintura diminuta ha perdurado y se ha consolidado como el estándar predominante de belleza femenina en muchas culturas occidentales.

Esta idealización del cuerpo delgado y sin curvas se vincula directamente con la noción de violencia estética discutida anteriormente. Este cuerpo, ampliamente promocionado como deseable para todas las mujeres, se convierte en algo inalcanzable para muchas, quienes se ven compelidas a adoptar dietas restrictivas y regímenes de ejercicio extremo para intentar alcanzarlo. A través de diversos medios de aprendizaje y comercialización, se ha perpetuado la idea de que este tipo de cuerpo delgado y esbelto representa la máxima expresión de la belleza y la feminidad, normalizando e incluso romantizando en la cultura popular, a pesar de los efectos dañinos tanto físicos como psicológicos que este proceso puede acarrear.

Durante la etapa de la adolescencia y los primeros años de adultez, los individuos experimentan cambios significativos tanto físicos como

psicológicos. Estos cambios pueden intensificar las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal y la aceptación social. Investigaciones recientes (Hoffmann y Warschburger, 2019) han destacado que esta etapa de la vida es particularmente vulnerable a los trastornos relacionados con la preocupación excesiva por cumplir con los estándares de belleza predominantes. Es en este contexto que se justifica la importancia de intervenir desde una edad temprana para desafiar y desestimar la romantización de la violencia estética. Un objetivo clave de la presente investigación es, por lo tanto, prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria al desalentar desde la juventud la internalización de ideales de belleza poco realistas y potencialmente perjudiciales, iniciando con una prueba piloto de carácter únicamente descriptivo sin afán de volverse un estudio de corte clínico.

En resumen, la reflexión sobre cómo los ideales de belleza han evolucionado a lo largo de la historia y su impacto en la salud física y mental de las personas, especialmente durante etapas de vulnerabilidad como la adolescencia, subraya la necesidad urgente de promover una visión más inclusiva y saludable de la belleza.

Según Deighton-Smith y Bell (2018), los adolescentes se integran en una sociedad donde los medios de comunicación promueven intensamente un ideal de cuerpo delgado, centrando así la atención de manera significativa en la propia imagen corporal. En los últimos años, ha emergido y ganado cada vez más relevancia en el imaginario sociocultural el ideal de belleza atlética.

Estos ideales arraigados en la sociedad contemporánea son amplificados por medios de comunicación cada vez más sofisticados, que difunden la noción de que un cuerpo estereotípicamente perfecto es esencial para el

éxito personal e incluso profesional. Este mensaje se refuerza dentro de los círculos principales en los que nos desenvolvemos, como la familia y los pares.

Es evidente que los padres juegan un papel crucial como principales fuentes de aprendizaje y socialización para los niños y niñas. Desde la comunicación hasta los hábitos que fomentan durante la infancia, los padres influyen significativamente en la percepción que los hijos tienen de los ideales de belleza. Por ejemplo, el modelamiento parental incluye patrones alimentarios, expresiones de insatisfacción respecto al propio peso y otros comportamientos observables destinados a mantener o reducir el peso (Abraczinskas, Fisak y Barnes, 2011), todos los cuales constituyen aprendizajes cruciales durante la infancia.

La teoría de la comparación social proporciona una herramienta útil para comprender cómo los niños y niñas experimentan presiones por parte de sus pares para internalizar y alcanzar ideales de belleza específicos. Si tienen internalizado un ideal delgado pero no logran alcanzarlo, y observan que sus pares sí lo hacen, pueden surgir comparaciones que gradualmente incrementa la insatisfacción con su propio cuerpo (Van Vonderen y Kinnally, 2012). Este fenómeno puede equipararse con la dismorfia corporal discutida en relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

En resumen, el proceso mediante el cual los ideales de belleza son transmitidos y asimilados durante la infancia y la adolescencia es complejo y multifacético. Desde la influencia de los medios de comunicación hasta el modelamiento parental y las presiones sociales entre pares, todos estos factores contribuyen a la construcción de la imagen corporal y la percepción personal de la belleza. Es crucial abordar estas dinámicas desde edades tempranas para fomentar una aceptación saludable y diversa de la imagen corporal, mitigando así el riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios y promoviendo un bienestar integral desde la infancia hasta la adultez.

La enseñanza social de los ideales de belleza es un proceso complejo que involucra diversas influencias sociales, culturales y mediáticas, entre las cuales destacan las siguientes;

- **Influencia de los Medios de Comunicación y la Cultura Popular:**

Los medios de comunicación desempeñan un papel crucial en la promoción y difusión de los ideales de belleza. Según Deighton-Smith y Bell (2018), los adolescentes se ven constantemente expuestos a imágenes y mensajes que glorifican cuerpos delgados y atléticos como el estándar de belleza deseable. Esta constante exposición puede impactar profundamente en la autoestima y la percepción corporal de los jóvenes, especialmente cuando se comparan con estos ideales inalcanzables, como podremos observar, la autoestima se conforma de diversos factores, entre ellos y como se menciona en la pirámide del autoestima, en la cual se reconoce el autoconcepto, autoconocimiento, autoevaluación, autoaceptación y autorespeto, todos estos conceptos se ven sesgados por la evaluación externa y constante popularización de estándares de belleza inalcanzables.

Un estudio realizado por Tiggemann y Slater (2014) subraya cómo la saturación de imágenes retocadas y modelos extremadamente delgados en los medios de comunicación contribuye a la internalización de estos ideales de belleza. Los adolescentes, al ser bombardeados con representaciones idealizadas y poco realistas, pueden desarrollar expectativas poco realistas sobre sus propios cuerpos y experimentar insatisfacción corporal.

Además del evidente trabajo que hacen las redes sociales en la idealización de los cuerpos, el modelamiento parental desempeña un papel significativo en la socialización de los ideales de belleza desde una edad temprana. Según Abraczinskas, Fisak y Barnes (2011), los comportamientos de los padres relacionados con la dieta, la expresión de insatisfacción con el peso y los hábitos de ejercicio pueden influir poderosamente en la percepción que sus hijos tienen de la belleza y la salud corporal. Los niños y niñas aprenden no sólo a través de las palabras de sus padres, sino también a través de sus acciones y actitudes hacia el cuerpo, es decir, si un familiar aunque no haga un comentario directo hacia el niño sobre su cuerpo, al mostrar su propia percepción corporal está enseñando de manera vicaria a valorar las corporalidades según encajen o no en un estereotipo socialmente aceptado.

La teoría de la comparación social proporciona una herramienta útil para comprender cómo los niños y adolescentes experimentan presiones para adherirse a ideales de belleza específicos. Van Vonderen y Kinnally (2012) explican cómo la comparación con los pares que se ajustan a los ideales de belleza predominantes puede aumentar gradualmente la insatisfacción corporal en aquellos que no cumplen con esos estándares. Esta dinámica

puede contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y otros problemas relacionados con la imagen corporal.

Como podemos observar, el experimentar presiones para encajar en el ideal corporal socialmente aceptado, nos lleva hacia un camino de conductas que podrían ser físicamente dañinas pero considerarlas sanas, por el simple hecho de que te acercan más a este estereotipo de belleza, es decir, en muchas ocasiones, al estar desarrollando un trastorno de la conducta alimentaria podría pasar desapercibido por la presión social de cambiar el cuerpo a uno más aceptado.

En los últimos años, ha surgido un ideal de belleza atlético que ha cobrado una centralidad creciente en el imaginario sociocultural. De acuerdo con Deighton-Smith y Bell (2018), este ideal promueve no solo la delgadez, sino también la musculatura definida y la apariencia física tonificada como indicadores de salud y atractivo. Este fenómeno refleja una tendencia hacia la integración de la salud física y la apariencia estética como componentes inseparables de la belleza contemporánea, sin embargo como menciona Van der Goes (2021), “un cuerpo delgado no es necesariamente un cuerpo sano.”, lo que nos lleva a esta conclusión, que se menciona anteriormente, se pueden estar experimentando conductas dañinas para la salud, tanto física como mental pero al estar acercándose al estereotipo de belleza, no es evidenciado y en ocasiones no es tratado, pues incluso profesionales de la salud pasan por alto conductas restrictivas, mientras el cuerpo del paciente no se vea como es esperado.

En resumen, la enseñanza social de los ideales de belleza es un proceso multifacético que involucra influencias mediáticas, familiares, sociales y culturales. La exposición constante a imágenes idealizadas en los medios de

comunicación, combinada con el modelamiento parental y las presiones sociales entre pares, puede moldear profundamente las percepciones individuales de la belleza y la autoimagen corporal desde una edad temprana.

Es esencial abordar estas dinámicas desde una perspectiva educativa y preventiva, promoviendo una mayor diversidad y aceptación de diferentes tipos de cuerpos. Esto no solo puede ayudar a mitigar el impacto negativo de los ideales de belleza poco realistas en la salud mental y física de los jóvenes, sino que también fomenta un sentido de bienestar integral y autoaceptación en toda la población.

## Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria desde el ámbito psicológico y psiquiátrico:

Para un tratamiento correcto de los trastornos de la conducta alimentaria es necesaria una evaluación inicial bastante cuidadosa considerando la situación del paciente lo que permitirá determinar la modalidad de tratamiento, desde un punto de vista psicológico, Según Lechuga y Nives (2005) un cuadro clínico de un tca, se caracteriza por;

- **Ansiedad:** Siempre existe una sensación de no poder controlar situaciones futuras, en bulimia se puede ver principalmente como atracones y en anorexia al momento de tener que ingerir algún alimento. (Morandé, 1995)
- **Obsesión:** Una obsesión es un pensamiento constante que te impide el curso normal de tu vida, por lo que en el caso de trastornos de la conducta alimentaria, la obsesión central es el peso y la comida.

Ahora bien, para poder diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, tenemos al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en el caso de bulimia nerviosa este considera tres características principales;

- Episodios recurrentes de atracones
- Comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso
- Autoevaluación que se ve negativamente influida por el peso y la constitución corporal.
- Estos comportamientos deben presentarse al menos una vez a la semana durante tres meses para considerar un diagnóstico de la misma.
- En el caso de anorexia nerviosa, se incluyen también tres características;

- Restricción de la ingesta energética persistente
- Miedo intenso a ganar peso
- Alteración de la forma de percibir el peso
- El individuo diagnosticado con anorexia debe estar por debajo del peso mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física esperada. (DSM-5, 2017)
- Para un diagnóstico y posterior atención de cualquiera de los trastornos que se consideran en el apartado del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, es necesario basado en los criterios diagnósticos, realizar una historia clínica en la que se registren los siguientes datos;
  - Peso
  - Talla
  - Índice de Masa Corporal
  - Tensión arterial
  - Frecuencia cardíaca
  - Alteraciones menstruales
  - Hábitos alimenticios

- Hábito intestinal
- Hábitos compensatorios
- Detectar signos y síntomas de desnutrición
- Consumo de tóxicos

Para el posterior registro psiquiátrico se solicitan exámenes complementarios como electrocardiograma, perfil electrolítico, hemograma, pruebas de función hepática, etc.

Para la evaluación psicológica se realiza una entrevista semiestructurada de la historia del desarrollo del trastorno, pruebas psicodiagnósticas específicas como son; : EAT – 36 de aplicación común en todos los pacientes, siendo opcionales: EDI y BITE (específico para la bulimia), de igual manera se evalúa la comorbilidad con otros trastornos.

Seguido de lo anterior como la subdirección general de salud mental (2023) menciona en su texto; guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria, se identifican criterios para considerar el ingreso hospitalario, como es en el caso de anorexia;

★ IMC < 16,5 (siendo menor de 14,5 ingreso involuntario).

★ Enfermedades físicas secundarias o no a la anorexia que requieran hospitalización.

- ★ Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- ★ Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario (posible utilización de otros recursos).
- ★ Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio.

Y en el caso de bulimia nerviosa;

- ★ Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- ★ Ciclos incoercibles de atracón vómito con alteraciones electrolíticas graves.
- ★ Ambiente familiar muy deteriorado (posible utilización de otros recursos).
- ★ Fracaso de otras alternativas terapéuticas.

Ahora bien, si seguimos en la misma dirección que la subdirección de salud mental, podemos observar que los objetivos de tratamiento tienen como finalidad abordar las dificultades relacionadas con la alimentación y la relación con la comida, a través de una serie de objetivos que fomentan el bienestar físico y emocional del paciente, por lo que los objetivos se resumen en lo siguiente;

1. Motivar para la adherencia al tratamiento y al cambio: La motivación es un pilar fundamental en cualquier proceso terapéutico. Para ello, es crucial fomentar un compromiso activo por parte del paciente,

ayudándole a reconocer la importancia de su participación en el tratamiento. Esto implica establecer metas realistas y alcanzables que le permitan ver progresos a lo largo del proceso.

2. Normalización de los hábitos alimentarios: Un objetivo clave es lograr que el paciente adopte un patrón de alimentación equilibrado y saludable. Para ello, se trabajará en la inclusión de una variedad de alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales, promoviendo así una dieta completa. Esta normalización de los hábitos alimentarios tiene como meta reducir comportamientos extremos, como la restricción excesiva o el atracón, y promover un enfoque más saludable y sostenible hacia la alimentación.
3. Modificar conductas, creencias y sentimientos hacia la comida: Muchas veces, la relación con la comida está marcada por creencias distorsionadas y emociones complicadas. Por tanto, es fundamental identificar y cuestionar estas creencias que pueden ser perjudiciales, tales como la idea de que ciertos alimentos son "malos" o que la alimentación está ligada a la valía personal. Se trabajará en la gestión emocional relacionada con la comida, ayudando al paciente a desarrollar estrategias más saludables para enfrentar el estrés y las emociones, en lugar de recurrir a la alimentación como mecanismo de afrontamiento. Fomentar una relación positiva con la comida es esencial, lo que implica aprender a disfrutar de los alimentos y a comer de manera consciente, sin culpa ni ansiedad.

En específico para un trastorno de anorexia nerviosa, el tratamiento se basa en establecer una alianza con el paciente, asegurando que el objetivo es alcanzar un peso saludable y una nutrición adecuada, así como recuperar el

peso necesario para una vida normal. Se proporciona información sobre los requerimientos nutricionales esenciales para el mantenimiento del organismo, el crecimiento y la actividad física, promoviendo una reeducación y normalización gradual de los hábitos alimentarios a través de dietas equilibradas y el uso de hojas de registro de comidas. Inicialmente, se recomienda restringir el ejercicio físico y regular posteriormente según la evolución del caso, priorizando siempre las medidas dietéticas sobre la medicación. Además, se informa a los pacientes sobre las posibilidades de embarazo a pesar de la amenorrea, se desaconseja el uso de estimulantes del apetito, mientras que se sugieren antiácidos y estimulantes de la motilidad intestinal para problemas digestivos. El tratamiento incluye también el control del peso por parte de enfermería, el seguimiento de constantes y analíticas cada 3-6 meses, y la recomendación de revisiones bucodentales en caso de conductas purgativas.

Para el caso de bulimia nerviosa, se proporciona información sobre los requerimientos nutricionales esenciales para el mantenimiento del organismo, el crecimiento y la actividad física, promoviendo una reeducación y normalización gradual de los hábitos alimentarios a través de dietas equilibradas y el uso de hojas de registro de comidas, recomendando 4 a 5 ingestas diarias. Además, se ofrecen recomendaciones sobre el ejercicio físico, regulando según la evolución del caso, y se lleva a cabo un seguimiento de la alimentación, controlando episodios bulímicos y conductas purgativas, al tiempo que se detectan situaciones de riesgo de atracón y se planifican actividades que lo eviten. También se informa sobre las consecuencias de las conductas purgativas y se realiza un control de constantes y analíticas conforme al estado del paciente,

incluyendo también revisiones bucodentales en caso de vómitos.

Todo lo anterior conforme a lo dictado en la guía práctica clínica de los trastornos mentales, sin embargo según otros autores también es importante la elección de técnicas terapéuticas en función de los objetivos, estos se proponen de la siguiente manera;

1. Mejorar la adherencia al tratamiento (incremento de la motivación al cambio).
2. Incorporar un patrón alimentario de cinco ingestas diarias.
3. Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a pérdida de peso (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y dietas restrictivas).
4. Reducir el número de atracones.
5. Mejorar su autoconcepto, no centrándose únicamente en la figura y el peso. (Garrayo, 2017)

Según estos cinco objetivos se mencionan técnicas de planificación, de registro, de psicoeducación, de resolución de problemas, de control estimular, entre otras, sin embargo en lo que coinciden la mayoría de ellas es en un tratamiento cognitivo conductual del trastorno, pues la atención cognitivo conductual prioriza la modificación de creencias disfuncionales, permite desafiar las creencias distorsionadas sobre la alimentación, el peso y la imagen corporal, que son comunes en personas con TCA. Esto permite que el paciente desarrolle una percepción más realista y saludable de sí mismo, esto porque como hemos visto a lo largo de la presente investigación uno de los puntos más importantes del desarrollo de un TCA es la enseñanza social e internalización de estereotipos de belleza, que impiden

tener una autopercepción saludable, además la terapia cognitivo conductual también busca generar un cambio en los comportamientos alimentarios, pues según el modelo transdiagnóstico destaca que la única diferencia básica entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa radica en el grado de éxito alcanzado en sus intentos de controlar su peso corporal, para lo cual una estrategia fundamental para generar el cambio antes mencionado según la terapia cognitivo conductual sería revisar los autorregistros diarios que deben incluir la información siguiente: todas las ingestas (comidas y bebidas), señalando la hora y el lugar en que se producen, indicando si alguna de las ingestas se considera excesiva (presencia de atracones objetivos o subjetivos), anotar los vómitos y uso de laxantes o diuréticos y, por último, anotar comentarios, según las indicaciones del terapeuta en cada etapa (p.e. pensamientos, emociones o circunstancias importantes relacionadas con ingestas o atracones). El modelo de autorregistro puede encontrarse en Fairburn (2008).

Además que la terapia cognitivo conductual, como bien su nombre lo indica, no se centra únicamente en conductas, por lo que la atención a las emociones también es de suma importancia, este modelo enseña a los pacientes a identificar y gestionar las emociones que pueden desencadenar conductas alimentarias disfuncionales, como el uso de la comida para lidiar con el estrés o la ansiedad.

La intervención psicosocial, es otro estilo de tratamiento, sin embargo debe ser sabido que en pacientes con anorexia nerviosa no debe iniciarse hasta que se haya comenzado con la ganancia de peso, esto hace que elegir un tratamiento psicológico eficaz para estos trastornos, se vuelva complicado,

ya que no hay suficiente evidencia empírica que demuestre que un enfoque sea superior a otro. La mayoría de los estudios se han llevado a cabo con diseños de caso único, y pocos ensayos controlados han sido presentados de manera completa o aún están en proceso. Hasta ahora, no existe un tratamiento estandarizado que haya sido evaluado por diferentes investigadores, es por eso que la elección de tratamiento terapéutico, depende más del caso y del enfoque con el que el terapeuta trabaje en general. Recientemente, Garner, Vitousek y Pike (1997) y Kleifield, Wagner y Halmi (1996) han propuesto protocolos de intervención cognitivo-conductuales para la anorexia nerviosa, cuyo seguimiento podría proporcionar el respaldo empírico necesario en este ámbito, como vimos ya anteriormente la terapia cognitivo conductual, es la manera de tratamiento más utilizada, sin embargo los métodos en sí son distintos según el caso y el conocimiento del terapeuta. (Saldaña, 2001).

En el caso del tratamiento médico farmacológico se sabe que en sí un trastorno de la conducta alimentaria no se trata con medicamentos, no es bien recibido por el usuario que lo padece un generador de apetito, por ejemplo, sin embargo los fármacos que en muchas ocasiones se suelen recomendar son los antidepresivos y ansiolíticos pues la comorbilidad con estos trastornos, es sumamente común, lo que permite que el acompañamiento psicológico sea más eficaz, pues a la par se atienden posibles causas del rehusarse a obtener un diagnóstico y posterior tratamiento además del evidente miedo al peso.

En conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria requieren un enfoque de tratamiento multifacético que puede incluir intervenciones

psicológicas, nutricionales y médicas. Los tratamientos como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y el apoyo psicosocial han demostrado ser efectivos para abordar tanto los síntomas como las causas subyacentes de estos trastornos. Sin embargo, la dificultad para implementar estos tratamientos se ve intervenida por las exigencias sociales y culturales que perpetúan ideales de belleza poco realistas y presiones para mantener un peso corporal específico. Estas demandas externas pueden dificultar la motivación del paciente para el cambio y la adherencia al tratamiento, generando un conflicto entre las expectativas sociales y la búsqueda de una relación saludable con la comida y el cuerpo. Por lo tanto, es crucial que los programas de tratamiento no solo aborden los aspectos individuales del trastornos de la conducta alimentaria, sino que también consideren el contexto social y cultural en el que se desenvuelven los pacientes, promoviendo una visión más amplia y saludable de la alimentación y la autoimagen, como lo veremos con la psicoeducación y la perspectiva de género.

## **Psicoeducación de los trastornos de la conducta alimentaria:**

La psicoeducación es un enfoque terapéutico que implica proporcionar información y recursos a los pacientes y sus familias sobre un trastorno específico, con el objetivo de mejorar su comprensión y manejo de la condición, además de buscar sensibilizar a la población en general sobre lo que un trastorno de esta magnitud implicaría, propiciando así una mejora en la empatía y por tanto buscando que los comentarios socialmente aceptados sobre la percepción corporal, sean cada vez más pensados para evitar la constante prevalencia de estos trastornos. En el contexto específico de los trastornos de la conducta alimentaria, la psicoeducación desempeña un papel fundamental al abordar no sólo los aspectos clínicos del trastorno, sino también las creencias y actitudes relacionadas con la alimentación, la imagen corporal y la salud en general. Al educar a los pacientes sobre los efectos físicos y psicológicos de los TCA, así como las estrategias de afrontamiento y las herramientas de recuperación, se busca empoderarles para que tomen decisiones informadas sobre su tratamiento y estilo de vida, y además como en esta investigación específica, aunque no seas una persona con un trastorno de la conducta alimentaria ya diagnosticado, tengas herramientas para hacer frente a la presión social respecto a los ideales de belleza tan inalcanzables, además este enfoque también facilita la comunicación y la colaboración entre el paciente, la familia y el equipo de salud, creando un entorno de apoyo, de suma importancia para la recuperación. Así, la psicoeducación no solo contribuye a una mejor comprensión del trastorno, sino que también promueve un cambio positivo

en las actitudes y comportamientos, ayudando a los pacientes y a las personas a su alrededor o personas no diagnosticadas a desarrollar una relación más saludable con la comida y su cuerpo.

La definición más general de psicoeducación es descrita como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. Este término surge, en parte, del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, por George Brown en 1972, quien a partir de sus observaciones refirió que; “en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos”.

La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Uno de los factores más relevantes en la recaída de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es la adherencia al tratamiento. Fomentar el conocimiento sobre las causas, efectos e impacto de la

enfermedad contribuye a una mejor comprensión de la situación, promoviendo conductas saludables y limitando daños. El objetivo de la psicoeducación es ayudar a los pacientes a entender el mecanismo de su enfermedad, lo que permite colaborar en sus cuidados de manera más efectiva. Sin embargo, es crucial reconocer que cada persona vive esta experiencia de forma única, lo que debe considerarse al desarrollar estrategias de afrontamiento personalizadas. Al educar a los pacientes y sus familias sobre los síntomas y características de la enfermedad, se facilita la identificación temprana de señales de alarma, lo que promueve un contacto más efectivo con el equipo de atención y evita que la situación se agrave, optimizando así los tiempos de intervención.

Existen distintos diseños de intervenciones psicoeducativas que pueden variar en relación al lugar donde se realiza, quienes actúan como facilitadores, la cantidad de sesiones, la modalidad grupal o individual, entre otros. La decisión respecto a cuál metodología utilizar, dependerá de las necesidades individuales del paciente, de los recursos que se tengan al alcance de quien va a tratar desde la perspectiva psicoeducativa y el objetivo que se pretende abordar.

El reconocer el principal objetivo de la psicoeducación en los trastornos de la conducta alimentaria nos permite un enfoque que se centre en la sensibilización de los mismos y de cualquier otro diagnóstico posible, pero en específico de este, la sensibilización se vuelve un factor importante ya que considerando que gran parte de lo que inicia con los primeros

pensamientos intrusivos respecto al peso y la percepción corporal es el poco conocimiento del impacto que los comentarios al respecto de la propia composición corporal puede tener en otras personas, por lo que además del objetivo principal en sí de educar a las personas ya con un diagnóstico de cualquier trastorno, también sensibilizar a población en general debería ser gran parte del objetivo psicoeducativo.

Un aspecto clave para que el individuo logre un desarrollo saludable consiste en tener una sólida autoestima, podemos afirmar que desde esta perspectiva el autoconocimiento, la autovaloración y el autorespeto se proyectan en las actividades que se emprenden, en el gusto personal por ser quien se es y por hacer lo que se hace. Al cometer algún error, la persona con una estima alta aprende de él; entiende y asume sus sentimientos, acepta sus limitaciones, da lo mejor de sí en cada circunstancia y la crítica la recibe, sin sentirse mal, sólo para descubrir cómo ser mejor. Imagina que identificamos nuestras necesidades y sabemos luchar para satisfacerlas, que somos capaces de establecer relaciones interpersonales armoniosas y enriquecedoras.

Con lo anteriormente mencionado podemos tener mayor perspectiva de para qué es importante sensibilizar ante los trastornos de la conducta alimentaria, pues si una persona no ha desarrollado un trastorno, pero no tiene un autoestima tan fuerte y tal vez no cuenta con una red de apoyo tan estable, pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno, más en específico un trastorno de la conducta alimentaria, por lo cual reforzar desde lo social, nos ayuda a tener un conocimiento completo de lo que necesita

una persona para la prevención de un trastorno.

La psicoeducación tiene distintas perspectivas, por ejemplo en este abordaje, la familia es un agente terapéutico activo, pues el mismo tiene el objetivo de orientar y ayudar a la familia a identificar el problema, las causas y el curso del trastorno, las manifestaciones y tratamientos posibles, y cómo se llevan a cabo, posibilitando así a participar en el proceso de mejora y curación. La psicoeducación influye positivamente en la alianza terapéutica y en la solicitud de ayuda, promueve una mayor adherencia al tratamiento, disminuye la frecuencia de recaídas y contribuye a la mejora del desempeño social (Builes Correan y Bedoya Hernández, 2006)

La psicoeducación dentro del ámbito de la prevención primaria es aplicada en contextos tales como escuelas e instituciones de recreación para jóvenes, y es dirigida principalmente para adolescentes con el fin de reducir el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Según Salorio, Ruíz, Torres, Sanchis y Navarro (1999), un abordaje psicoeducativo puede incluir de cinco a ocho sesiones, cuyo contenido se basa en los trastornos alimenticios y sus características generales, nutrición y educación nutricional, en qué consiste la hospitalización, cuáles y cómo son los tratamientos aplicables, las áreas posiblemente afectadas por la enfermedad, y lo que la familia puede hacer y lo que no debe hacer.

Ahora bien, a partir de lo mencionado con anterioridad, podemos resumir que la búsqueda de sensibilización en el proceso psicoeducativo, busca

aumentar la conciencia y comprensión sobre temas relacionados con la salud mental y las emociones, con el objetivo de ayudar a las personas a reconocer problemas que pueden estar afectando su bienestar, proporcionar información sobre síntomas y causas, y fomentar la empatía hacia las experiencias de los demás. Para lograr esto, se utilizan diversas estrategias como talleres y charlas interactivas, materiales educativos y el reconocimiento de historias personales que ilustran experiencias reales, ayudando a normalizar y validar sentimientos. El proceso de sensibilización comienza con la identificación de necesidades en un grupo específico, seguido del desarrollo de contenidos relevantes y la implementación de actividades que fomenten la participación activa. Los beneficios de la sensibilización incluyen la reducción del estigma asociado a la salud mental, la prevención de crisis al aumentar el conocimiento y el empoderamiento de las personas para gestionar sus emociones y buscar ayuda cuando lo necesitan, contribuyendo así a crear un ambiente de apoyo en las comunidades, permitiendo con esto romper con las enseñanzas tan internalizadas de la idealización de cuerpos que no cualquier persona y bajo cambios saludables puede conseguir, lo que se vuelve un gran problema para las personas propensas a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Según Borrego Hernando (2000) las terapias se centran en factores tales como el crecimiento, las disfunciones familiares previas al trastorno (o generadas como consecuencia del mismo), el desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje de nuevas estrategias para enfrentar el estrés, por

eso es que para una sensibilización que amplíe la psicoeducación se necesita atención más allá de solo el individuo con el diagnóstico, como se ha venido anteriormente mencionado, se requiere también a personas a su alrededor y de ser posible la población en general, pues al generar sensibilidad y empatía en las personas en general, se abriría un espacio seguro en el que las infancias crecerían sin el prejuicio a sus corporalidades.

### **Perspectiva de género en la psicoeducación para los trastornos de la conducta alimentaria:**

La perspectiva de género nos lleva a reconocer que, históricamente, las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud, y aún hoy con mejores condiciones, según la región en la que habiten, sus posibilidades de desarrollo siguen siendo desparejas e inequitativas, por lo que añadir perspectiva de género en cualquier caso de análisis y sobre todo en uno como en el de la presente investigación que está enfocado en la salud mental de las personas es imprescindible, según un estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria son uno de los principales problemas de la salud pública de las sociedades enriquecidas y el 90% de las diagnosticadas son mujeres, mostrando que aún con la creciente educación que rompe con estereotipos y roles de género sigue existiendo una mayor exigencia social sobre los cuerpos de las mujeres, pues según, Butler (2002), el cuerpo no habla por sí solo, sino que se moldea y dota de significado por medio de simbolismos culturales en interacciones y prácticas sociales. El cuerpo –y su lectura en claves binarias,

bajo discursos biologicistas, como un cuerpo sexuado—, cuya caracterización en términos femeninos o masculinos parece ser el determinante para generar esa asimetría de poder, es también una producción cultural, atravesado por un ideal que funciona como norma reguladora de la identidad sexual, el deseo y las prácticas que se llevarán a cabo.

Con lo anterior podemos comprender que el cuerpo no tiene un significado propio, sino que se interpreta y se moldea a través de la cultura y las interacciones sociales. En lugar de ser solo biológico, el cuerpo se ve en términos de masculino o femenino, lo que crea desigualdades de poder. Esta forma de ver el cuerpo está influenciada por normas culturales que regulan cómo se entiende la identidad sexual y el deseo. En resumen, nuestras ideas sobre el cuerpo y la sexualidad no son sólo naturales, sino que están construidas socialmente.

Para seguir con lo anterior Bourdieu (1998) expone que los cuerpos son moldeados y determinados por estructuras sociales heredadas, siendo estas inscritas en ellos mediante la dimensión simbólica del poder, con el fin de inculcar determinadas y desiguales disposiciones, tendencias —habitus o esquemas no pensados de pensamiento— reproducidas y adquiridas en relaciones sociales, culturales, económicas y políticas. Según este autor, las disposiciones hacia formas de pensar, sentir y actuar encarnan relaciones de poder de dominación masculina y subordinación femenina.

Podemos interpretar que la manera en que tratamos socialmente lo esperado de un cuerpo femenino, va encaminado con la asimetría de poder

que deja a las mujeres principalmente aceptadas como objeto de deseo y de instinto maternal y por otro lado en el lado masculino se consideran sujetos de derecho, poder y seres proveedores, los cuales determinan el concepto de belleza femenina, como se ha visto en el último siglo, pues vemos datos como que en 2016 casi uno de cada 10 pacientes de operaciones estéticas en Estados Unidos era hombre (un 9,3%), según los datos más recientes de la American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS).

Es así que podemos observar que a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, encontramos el apogeo del Art Nouveau, un movimiento artístico que surgió a finales del siglo XIX y continuó hasta las primeras décadas del siglo XX. Es un estilo decorativo, donde predominan las líneas y las composiciones asimétricas; los motivos florales y la figura femenina, eran los protagonistas de estas obras. La figura femenina, quedaba plasmada, con una gran delicadeza y finura, una belleza que le envolvía, la mujer no se vendía como producto, sino como una divinidad, como un ejemplo de elegancia, distinción y gusto (Lipovetski, 1996).

Para el siglo XX, las mujeres, empezaron a tomar un papel diferente, ya no figuraban de la misma forma, como en otros años, empieza a sobresalir la figura de la mujer como ama de casa en la publicidad, aparecían en su papel de madre y de dueña de las tareas del hogar, los mensajes que se designaban a ellas, eran en su mayoría, productos para el cuidado de los niños, para la asistencia de su salud (Camps, 1998).

Para finales del mismo siglo encontramos que se pretende vincular, el estereotipo de la mujer, a un deseo sexual, al erotismo, para incidir de una manera subliminal, en la percepción del público, de esta manera, obtendrían un uno de cada 10 pacientes de operaciones estéticas en Estados Unidos era hombre (un 9,3%), según los datos más recientes de la American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS).

Es así que podemos observar que a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, encontramos el apogeo del Art Nouveau, un movimiento artístico que surgió a finales del siglo XIX y continuó hasta las primeras décadas del siglo XX. Es un estilo decorativo, donde predominan las líneas y las composiciones asimétricas; los motivos florales y la figura femenina, eran los protagonistas de estas obras. La figura femenina, quedaba plasmada, con una gran delicadeza y finura, una belleza que le envolvía, la mujer no se vendía como producto, sino como una divinidad, como un ejemplo de elegancia, distinción y gusto (Lipovetski, 1996).

Para el siglo XX, las mujeres, empezaron a tomar un papel diferente, ya no figuraban de la misma forma, como en otros años, empieza a sobresalir la figura de la mujer como ama de casa en la publicidad, aparecían en su papel de madre y de dueña de las tareas del hogar, los mensajes que se designaban a ellas, eran en su mayoría, productos para el cuidado de los niños, para la asistencia de su salud (Camps, 1998).

Para finales del mismo siglo encontramos que se pretende vincular, el

estereotipo de la mujer, a un deseo sexual, al erotismo, para incidir de una manera subliminal, en la percepción del público, de esta manera, obtendrían un mayor interés e incrementarían sus beneficios, ya que el anterior estereotipo de la mujer, estaba sobreexplotado (Chacón, 2007).

Como vemos se siguen transformando los estereotipos de belleza con los años y las necesidades sociales del momento, actualmente con el boom tecnológico y el intento de cambio de perspectiva a un a mucho más equitativa, nos abre espacios como es el body positive, sin embargo siguen existiendo modas que encasillan el cuerpo de las mujeres principalmente en lo que socialmente es considerado como “atractivo”

Es por ello que ir haciendo un cambio en la perspectiva social de los cuerpos de las personas y principalmente el de las mujeres, necesita una psicoeducación con perspectiva de género ya que como vimos esta busca evidenciar las diferencias que impiden una equidad de trato y de exigencias en nuestra existencia humana, además que como vimos en el breve recorrido histórico de los estereotipos femeninos, se requiere mucha más sensibilización y empatía para la prevención de exigencias que puedan dañar la estabilidad mental y física de las personas.

Cuando las mujeres se sienten presionadas a cumplir con estos estándares, pueden desarrollar una autoimagen negativa, ya que a menudo comparan su apariencia con esos ideales. Esto puede llevar a problemas de autoestima, ansiedad y depresión. Además, la cultura de la belleza a menudo las juzga

no solo por su apariencia, sino también por su valor y capacidades, lo que refuerza la idea de que su valía depende de cómo lucen.

Los medios de comunicación, la publicidad y las redes sociales también juegan un papel clave al perpetuar estos estereotipos, presentando imágenes retocadas y situaciones poco realistas que refuerzan la idea de que las mujeres deben lucir de cierta manera para ser aceptadas o valoradas. Esto puede crear un ciclo en el que las mujeres sienten que nunca son lo suficientemente buenas, lo que afecta su autoestima y su bienestar emocional en general.

Es por lo anterior que no solo es importante sino que indispensable acompañar la psicoeducación que pretende dar mayor visibilidad y sensibilización a los trastornos de la conducta alimentaria con perspectiva de género que considera más allá que solo el diagnóstico sino que también considera que al ser seres sociales por naturaleza necesitamos de validación cultural y al romper con estos estereotipos desde la psicoeducación estaríamos previniendo que las personas desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria ya que no habría exigencias sociales tan estrictas que dañen la susceptibilidad de cualquier persona, principalmente mujeres en edad adolescente.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA:

La presente investigación se centra en el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde una perspectiva psicoeducativa y de género. A través de esta investigación, buscamos comprender cómo las dinámicas culturales y los estereotipos de género influyen en la aparición y el mantenimiento de los TCA. Para ello, se emplearán métodos cualitativos que permitirán recoger datos sobre la experiencia de las personas afectadas directa o indirectamente, así como la percepción social de estos trastornos. La integración de la perspectiva de género es fundamental para identificar cómo las expectativas y presiones sociales impactan en la salud mental y en la autoimagen de las mujeres y hombres. Este enfoque nos ayudará a desarrollar supuestos de intervenciones psicoeducativas más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo, promoviendo así una comprensión más integral de los TCA.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Qué cambios en la sensibilización de los trastornos de la conducta alimentaria se dan al aplicar este taller psicoeducativo con perspectiva de género?

## **SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN:**

- Desarrollar y aplicar una propuesta de intervención psicoeducativa con perspectiva de género que permita observar cambios en la opinión o aprendizaje de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Sensibilizar en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria podría tener como resultado un impacto positivo en las mujeres que han tenido síntomas de un TCA.
- Las mujeres jóvenes que experimentan una mayor presión social relacionada con los ideales de belleza y los estereotipos de género son más propensas a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en comparación con aquellas que tienen un acceso adecuado a programas de psicoeducación que abordan estas temáticas desde una perspectiva crítica y con perspectiva de género.

## **OBJETIVO GENERAL:**

La presente investigación tiene como objetivo identificar qué tanto cambia la perspectiva de los trastornos de la conducta alimentaria después de realizada la prueba piloto de la propuesta del taller psicoeducativo con perspectiva de género.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Desarrollar una propuesta de intervención para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria
- Conocer la sensibilización que la población elegida tiene respecto al tema que se está tratando en la investigación
- Identificar los factores determinantes alrededor de los estereotipos de género que podrían tener relación con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Diseñar esta propuesta de intervención con el objetivo de ser replicada en diferentes ambientes y contextos

## **DISEÑO METODOLÓGICO:**

- Este estudio utilizará un enfoque cualitativo para obtener una comprensión profunda de las experiencias y percepciones de las participantes.

### **PARTICIPANTES:**

- Se seleccionarán mujeres jóvenes de entre 18 y 25 años que no hayan experimentado TCA.

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

1. Entrevistas semiestructuradas: Se realizarán entrevistas en profundidad con las participantes para explorar sus vivencias, percepciones sobre la presión social y los ideales de belleza, y sus experiencias con conductas de tipo compensatorio.
2. Grupo Focal: Se organizará un grupo focal de mujeres que cumplan con los requisitos ya mencionados, para que durante la presentación del taller se permita discutir colectivamente las temáticas abordadas en el diseño del taller, así como los impactos de los estereotipos de género en su autoimagen y salud mental.
3. Análisis Documental: Se revisarán materiales de programas de psicoeducación y campañas de sensibilización sobre TCA para identificar cómo abordan las cuestiones de género y qué mensajes se transmiten.

## **PROCEDIMIENTO:**

- Reclutamiento: Se utilizó una página de enseñanza que empata la psicología con el feminismo y constantemente brinda reflexiones sobre temas como los que en esta investigación se mencionan. (F de feminismo)
- Realización de Entrevistas: Las entrevistas se llevarán a cabo en un ambiente cómodo y privado, grabadas con el consentimiento de las participantes para su posterior transcripción y análisis.
- Sesión de taller: Se realizarán sesiones grupales moderadas, donde se fomentará un ambiente de confianza para que las participantes compartan sus opiniones y experiencias.
- Análisis de Datos: Se utilizará el análisis temático para identificar patrones y categorías emergentes en los datos recolectados. Se prestará especial atención a cómo se relacionan las experiencias de las participantes con los estereotipos de género y la psicoeducación.

## **ÉTICA:**

Se asegurará el consentimiento informado de todas las participantes y se garantizará la confidencialidad de la información. Se tomarán medidas para abordar cualquier malestar emocional que pueda surgir durante las entrevistas o talleres.

## **RESULTADOS ESPERADOS:**

Se espera que este estudio proporcione una visión comprensiva sobre la relación entre los estereotipos de género y los TCA, así como recomendaciones para mejorar las intervenciones psicoeducativas desde una perspectiva de género, contribuyendo así a la prevención y tratamiento de estos trastornos.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISIS DEL TALLER:

#### **INTRODUCCIÓN:**

El presente taller fue realizado en un grupo de 5 mujeres sin un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria, a las cuales se les realizó una entrevista previa semiestructurada previa a la aplicación del mismo para tener bases para la posterior identificación y análisis de ciertos rubros.

Dicho cuestionario incluía las siguientes preguntas (ANEXO 1):

¿Qué conoces referente a lo que es un “Trastorno de la conducta alimentaria”?

¿Logras identificar si en algún momento viviste algún síntoma referente a un TCA?

¿Qué perspectiva tienes de los trastornos de la conducta alimentaria?

¿Cómo crees que los estereotipos de género han influido en tu percepción de tu cuerpo y en tus hábitos alimentarios?

¿Has sentido presión, ya sea de la sociedad, los medios de comunicación o tus pares, para cumplir con ciertos ideales de belleza? ¿Cómo te ha afectado esto?

¿Has participado en algún programa de psicoeducación relacionado con la

salud mental o la alimentación? Si es así, ¿puedes describir tu experiencia?

¿Crees que estos programas abordan adecuadamente las cuestiones de género?

¿Por qué sí o por qué no?

Con base en las anteriores preguntas podemos rescatar que; la mayoría de las participantes únicamente tenían identificados como trastornos de la conducta alimentaria **la bulimia y la anorexia**, de las cuales tenían la perspectiva de únicamente ser sufridos por adolescentes.

Con lo anterior podemos remontarnos a la teoría que nos dice que; Los obstáculos con los que se topa la prevención primaria son: el desconocimiento fehaciente de las causas de los TCA, poca frecuencia de consultas por parte de los adolescentes, su resistencia a conocer acerca de estos problemas y por lo tanto, la escasa concientización al respecto (Cabranes et al., 2000). A partir de ello podemos observar que en efecto el que las personas tengan un gran desconocimiento y no se hable de cuales son los síntomas y las causas de los mismos, puede llevar a una persona a estarlo sufriendo sin siquiera tomarlo en consideración, ya que aunado al desconocimiento, está la romantización de la delgadez, y de realizar cualquier tipo de actividad que te lleve a conseguir tus logros personales o los logros que la sociedad nos ha enseñado que necesitamos conseguir para sentirnos valiosas o valiosos en algunos casos, lo que quiere decir que sin lograr identificarlo, podríamos estar teniendo las llamadas “conductas compensatorias” que podrían parecer un gran paso por nuestra salud, aunque se estaría lejos de ello, Las conductas compensatorias son comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta no saludable, mediante la ejecución de una conducta que un sujeto piensa

que es saludable, pues las conductas compensatorias son comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta

“no saludable”, mediante la ejecución de una conducta que un sujeto piensa que es saludable (Andrade, 2021), sin embargo como sabemos previamente, una conducta compensatoria más que autocuidado termina siendo un reforzador o en su defecto castigo de una mala relación con la comida.

Además de lo anterior las participantes mencionaron no tener conocimiento de talleres o propuestas psicoeducativas que ayuden a la mejora de la salud mental con perspectiva de género, pues mencionan que no es un tema que se hable tan fácilmente en diversos ambientes, incluso refieren que solo han llegado a escuchar de ellos en ambientes médicos y mencionados como casos muy complicados, casi sin “salvación”, por lo que podemos concluir que hay algunos principales rubros por los cuales no existe tanta información al respecto;

- Estigmatización y Tabú: Los TCA a menudo son objeto de estigmas sociales que dificultan la discusión y la implementación de programas. Según Arcelus et al. (2011), "el estigma asociado a los trastornos alimentarios puede prevenir que las personas busquen ayuda o participen en programas de educación"
- Falta de Conciencia: Brown y Tiggemann (2016) destacan que "la falta de educación sobre los TCA en las escuelas y comunidades contribuye a una percepción errónea y una falta de acción preventiva"
- Muchas instituciones enfrentan restricciones presupuestarias. Como señala McIntosh et al. (2020), "la financiación inadecuada para

programas de salud mental limita la capacidad para desarrollar iniciativas efectivas de psicoeducación sobre TCA"

- Enfoque en Tratamiento en Lugar de Prevención: Frecuentemente, el énfasis está en el tratamiento más que en la prevención.
- Desigualdad de Género: La falta de programas que abordan la influencia de los estereotipos de género refleja una insuficiencia en la investigación. Butler (2002) afirma que "la construcción cultural del cuerpo femenino está intrínsecamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, y se necesita más investigación sobre estos vínculos"

Como conclusión, las respuestas a la entrevista nos ofrecen una visión integral de las experiencias personales y colectivas, destacando un entendimiento claro de los TCA y su conexión con la salud mental, lo que indica la importancia de la educación para desestigmatizarlos. Al identificar síntomas propios, revela que estos trastornos son comunes, especialmente en contextos sociales competitivos como la universidad, y su evolución en la perspectiva sobre los TCA refleja la necesidad de abordar estos problemas de manera más holística. Además, señalan cómo los estereotipos de género han impactado su autoimagen y hábitos alimentarios, lo que resalta la relevancia del contexto sociocultural en la comprensión de los TCA. La presión ejercida por los medios y el entorno social contribuye a su ansiedad y a comportamientos poco saludables, subrayando la necesidad de una mayor conciencia sobre la influencia de los ideales de belleza.

Posterior a la entrevista que se realizó con cada una de las participantes, se les pidió que firmaran un consentimiento informado en el que se les hace

hincapié en que el objetivo de dicha entrevista y toda la investigación en general tiene el único fin educativo de generar una tesis que permita ser de ayuda para la sensibilización de los trastornos de la conducta alimentaria en un futuro. (ANEXO 2)

Ahora bien, ya que conocemos la perspectiva en general de las participantes y quedó sentado el objetivo educativo de la investigación y el porqué era importante identificar este punto, es importante mencionar los ejes en los que giró el taller y hacer hincapié en que estos mismos serán el análisis del taller aplicado, para el taller se empleó una diapositiva en la que se añadieron todos los temas de manera sintetizada para permitir mayor diálogo durante la realización del mismo (ANEXO 3).

- Generalidades de los TCA
- Sociedad y TCA
- Estrategias de prevención

#### **GENERALIDADES DE LOS TCA:**

Durante la primera sesión en la que el taller se aplicó se logra observar que al tocar el primer tema que lleva por nombre “Sensibilización”, las participantes no lograron identificar los siguientes trastornos que se explican durante esta investigación y en la aplicación del taller; **Pica, trastorno por atracón, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y trastorno dismórfico corporal** (que no está clasificado dentro de los TCA, si no que dentro de los trastornos de la

personalidad), a pesar de que las participantes solo lograban identificar dos de todos los trastornos revisados, se logra resaltar que durante la primer sesión se mostraron bastante empáticas ante el desconocimiento de los trastornos antes mencionados, además de esto, durante la explicación de la población principalmente afectada, resaltó en las participantes la reafirmación de que en efecto logran identificar que es más común en mujeres y que en experiencias propias, entre los 15 y 25 años notaron una mayor sensibilidad ante estos temas, se les explicó que según la revista médica de Costa Rica y centroamérica (2013):

Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a padecerlos, particularmente en la adolescencia o la adultez temprana. La presencia de insatisfacción corporal o de conductas alimentarias anómalas es común entre la adultez media. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años.

A lo que las participantes reaccionaron comentando diversas ocasiones en las que sufrieron ciertas “conductas compensatorias”, que se define como aquellos comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta no saludable, mediante la ejecución de una conducta que un sujeto piensa que es saludable. (Andrade, 2011), la mayoría de las participantes llegaron a la conclusión de que estos mecanismos comenzaron a practicarlos a una edad temprana, pues mencionan que aproximadamente desde los ocho años de edad y principalmente por el bombardeo de información familiar que valoraba demasiado la delgadez, comenzaron incluso en procesos dietéticos o a navegar en internet, encontrando información algo “preocupante” (definido así por ellas) referente a tips de

como lograr un trastorno de la conducta alimentaria restrictivo, como es la anorexia o la bulimia.

Con lo anterior podemos retomar el punto del taller en el que mencionamos diversas formas de sensibilizar a las personas cerca de ti respecto a la existencia de estos trastornos para hasta cierto punto poder prevenir que la sobrecarga de información idealizando los cuerpos delgados, no recaiga sobre las infancias y adolescencias, pues ya no sería un tema desconocido.

En este punto, es importante resaltar la frecuencia con la que las participantes expresaron haber vivido algún comentario que generó “problemas en el autoestima” y con la “autopercepción”, según Molina (2022);

Los trastornos de la conducta alimentaria empeoran la autoimagen y autoestima de la paciente, provocando mayores niveles de infelicidad, insatisfacción y malestar de la persona cuanto más tiempo convive la enfermedad en la vida de la paciente.

A partir de ello, podemos considerar que el autoestima baja en un trastorno de la conducta alimentaria, puede ser tanto causa como efecto del mismo, pues según nuestras participantes, a raíz de vivir ciertas conductas compensatorias desarrollaron ciertos pensamientos y expectativas alrededor de “cómo debería ser su físico” para ser aceptado e incluso reconocido en la sociedad en la que vivimos.

Por último, dentro de la sensibilización se habló de la no estigmatización de los trastornos de la conducta alimentaria, pues estigmatizarlos podría tener efectos negativos a la hora de reconocer que las conductas que se tienen podrían formar parte de un trastorno de la conducta alimentaria.

## SOCIEDAD Y TCA:

Durante la segunda sesión del taller se les habló a las participantes de diversos conceptos como es el sexo y género, los cuales son necesarios diferenciar para comprender el motivo por el cual se hacen exigencias distintas entre hombres y mujeres, durante el taller hubieron dudas de las participantes al rededor de como diferenciar lo que es **sexo**, se les explicó que este tiene un sentido biológico por lo cual, este hace referencia a como nace una persona si es un hombre, mujer o persona intersexual, hace referencia a órganos sexuales y cromosomas principalmente, para lo cual una de las participantes añadió lo siguiente;

“Considero que el restringir que exclusivamente ser mujer es ser femenina por default, nos lleva a dudas existenciales como nuestra identidad, cuando si esto no existiera, estas dudas existenciales podríamos ocuparlas en otros temas más importantes que como me siento en mi cuerpo, lo que me lleva a cuestionar si esto tiene que ver también con cómo te sientes en tu cuerpo cuando no es delgado” (OSAG, 2024), con lo que nos compartió podemos hacer el análisis en conjunto con una frase anónima; “el género es el problema, no la solución”, que nos permite identificar que al seguir estereotipando acciones y roles como si fuesen exclusivamente femeninos o masculinos, nos impiden ejercer como cada uno según su individualidad lo requiera, es por ello que podemos remontarnos a que durante el primer tercio del siglo XX, sobre el transfondo de lo que Foucault (1976) denomina la “moral victoriana”, y de la mano del nazismo, se reflataron un conjunto de leyes que no sólo prohibieron ejercer cargos públicos a los judíos sino, y este es el aspecto que me interesa subrayar, regularon la sexualidad de los

seres humanos bajo una rígida tabla que definía la sexualidad “normal”, dejando del lado de lo perverso, anormal o desviado todo otro estilo, ejercicio o elección sexual considerada no-normal.

Ahora bien, además de la distinción de sexo y género que se hizo durante la sesión del taller, también se habló de roles y estereotipos de género, además se hizo especial atención en estadísticas que muestran que tan común es ser diagnosticada como mujer con un trastorno de la conducta alimentaria, en esta parte del taller se les pidió a las participantes que dieran su opinión respecto a esta diferencia que existe entre cuantos hombres suelen ser diagnosticados y cuantas mujeres, a lo que una de las participantes JMGM (2024), relató lo siguiente “Desde chiquita, sentí la presión de los estereotipos de género que me hacían buscar cambiar mi apariencia, Recuerdo un comentario de una compañera en la escuela que me hizo obsesionarme con la dieta, busque información en internet y encuentre las paginas de Ana y Mía que lejos de ayudar perjudican a cada una de las personas que llega a ellas, a medida que crecí, esa presión aumentó con críticas constantes sobre mi cuerpo, lo que me llevó a tener ciertas conductas que yo no sabía que podían ser un posible caso de anorexia, me siento cansada de vivir bajo estas expectativas, y que todas las mujeres y personas en general, también hombres, vivamos bajo este régimen que nos daña” Con la anterior opinión de la participante se considera que esta investigación resume sus objetivos en esta preocupación de las personas por como se ven, en mejorar para las niñas que van creciendo en este sistema, para que no tengan que llegar hasta su edad adulta cuestionando como se ven y tratando de encajar en estereotipos de manera dañina, es para esto que el taller pretende ser psicoeducativo para

sensibilizar a las mujeres y posteriormente a la población general sobre estos trastornos y que en algún punto esto llegase a ser preventivo.

### **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:**

En este punto final del taller, las mujeres que participaron, se sentían mucho más cómodas según lo que comentaron al retroalimentar las sesiones, por lo que compartieron mucho más ejemplos de cómo la expectativa social les ha llevado a buscar de mil maneras encajar en el estereotipo de belleza actual, además de también compartir que reconocieron posibles síntomas que estaban viviendo y que no tenían forma alguna de saberlo antes, por lo que se les hizo la recomendación de acercarse a profesionales de la salud que pudieran dar su opinión clínica al respecto para visualizar si requieren apoyo médico de algún tipo.

Sin embargo además de lo anterior una de las participantes (EMSC), compartió que con las estrategias de sensibilización que compartimos, por el ámbito educativo en el que ella se desenvuelve podría serle funcional, pues según lo que dijo, reconoce que hay muchos comentarios al respecto del cuerpo que pasamos por alto y que al hacernos conscientes del impacto que puede tener en las infancias podemos prevenir muchos tipos de daño en las niñas y los niños, por lo que recomendó trabajar primero en sí mismas, para poder hacerse conscientes de los pensamientos que sin darse cuenta pueden estar expresando y brindando información errónea y dañina a las infancias.

Por lo que nos remontamos al aprendizaje vicario, el cual permite procesar la información sobre la adquisición de conductas que una persona observó en su entorno inmediato, Estas conductas se asimilan previamente y por

imitación simbólica pasan a ser como una especie de guía en diferentes momentos y espacios. Por ello, el aprendizaje vicario tiene la necesidad de procesar el conocimiento adquirido mediante la interacción social a partir de los procesos de mediación, es decir, atención, retención, reproducción y motivación, pues son funcionalidades mentales que ayudan a recoger, guardar, retener y reproducir la información de manera casi exacta. Además, estas funciones intervienen en el avance del aprendizaje dependiendo el refuerzo positivo o negativo que reciba para establecer si la conducta visualizada es adquirida o no. Para mayor ejemplificación del aprendizaje vicario podemos remontarnos al experimento del muñeco Bobo, Rodríguez y Cantero (2020) abordan la teoría cognitiva social de Albert Bandura sobre el aprendizaje vicario dentro del espacio educativo, en el cual se menciona que se les presentó a un grupo de infancias a una persona agrediendo al muñeco por lo cual ellos replicaron estas conductas y por el contrario los niños que no lo vieron, no replicaron las conductas del adulto, es aquí que podemos hacer empate con el comentario de la participante, si nosotros tenemos conductas en las que demostramos que no estamos conformes y por el contrario nos sentimos incómodos en nuestro cuerpo es más fácil que en los primeros años de vida escolar las y los niños repliquen esto y se va transmitiendo entre pares, es el caso que en escuelas de educación básica ya existen casos de anorexia desde los ocho años, pues le restamos poder al aprendizaje vicario, siendo este la principal forma de aprendizaje que los niños adaptan en sus primeros años de vida.

En este punto podemos reconocer que Hablar de los Trastornos de la Conducta Alimentaria sin prejuicios es esencial para sensibilizar y prevenir su aparición. Cuando se aborda este tema de manera abierta y honesta, se

crea un ambiente de aceptación que permite a las personas sentirse más cómodas al compartir sus experiencias y preocupaciones, lo cual se pretendió en el taller, tanto generar un ambiente seguro en el que las personas pudieran expresar sus historias y puntos de vista así como también fue parte de lo enseñado en el taller, hablar sin prejuicios del tema podría abrir espacio a que personas conocidas, tengan confianza para expresar la preocupación que tengan y así prevenir el desarrollo de un posible trastorno de la conducta alimentaria.

Esto es crucial, ya que el estigma asociado a los TCA a menudo impide que quienes los padecen busquen ayuda o hablen sobre su situación. Al eliminar el juicio y fomentar una conversación inclusiva, se puede desestigmatizar la experiencia de vivir con un TCA, lo que a su vez puede alentar a otros a buscar apoyo sin miedo al rechazo.

Al hablar de los TCA sin prejuicios, se desafían los estereotipos de género y las expectativas culturales que a menudo contribuyen a su desarrollo. Por ejemplo, se puede abordar cómo la presión para cumplir con ideales de belleza poco realistas impacta tanto a mujeres como a hombres, permitiendo que todos se sientan incluidos en la conversación y reconociendo la complejidad de estas experiencias.

Asimismo, la educación y la sensibilización en torno a los TCA pueden prevenir su aparición al informar a las personas sobre los factores de riesgo y los síntomas. Cuando se normaliza el diálogo sobre la imagen corporal, la autoestima y los desafíos relacionados con la alimentación, se crea un espacio donde las personas pueden explorar sus propias relaciones con la comida y el cuerpo sin sentirse avergonzadas. Esto es fundamental para

identificar y abordar problemas antes de que se conviertan en trastornos más graves.

Finalmente, fomentar un diálogo sin prejuicios no solo beneficia a quienes ya están luchando con TCA, sino que también ayuda a construir una cultura más saludable en general, donde la diversidad de cuerpos y experiencias sea valorada. Al trabajar juntos para desafiar las narrativas dañinas y promover la aceptación, podemos contribuir a un entorno más comprensivo y solidario, que no solo sensibiliza sobre los TCA, sino que también previene su desarrollo en futuras generaciones.

Como conclusión del análisis del taller presenciado, podemos encontrar tres puntos clave;

1. Existe un desconocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria que permite vivirlos incluso sin saberlo y además propiciarlos con comentarios respecto al cuerpo propio y de las demás personas pues es sumamente normalizado e incluso glorificado el preocuparse por cómo se ven las personas, es por ello que sensibilizar a las personas sobre las consecuencias de un aprendizaje vicario en las infancias y las consecuencias de un TCA, es primordial en la búsqueda del trabajo con los mismos desde una perspectiva psicoeducativa con perspectiva de género.
2. Los estereotipos y roles de género logran que en mayor medida exista una preocupación excesiva de la percepción física en las mujeres, pues al ser enseñados como sociedad que hay algo que “se ve bien” y debemos encajar en ello para ser aceptados y validados, y a la par enseñar que las mujeres requieren mucha más atención en el ámbito

físico para ser aceptadas por las personas del exterior, deja la diferencia abismal entre cuantas mujeres son diagnosticadas con un TCA, lo cual es sumamente preocupante y por lo cual sensibilizar y concientizar a las mujeres que participaron en el taller y posteriormente a más mujeres, es primordial para evitar que estas exigencias sigan llegando a más personas, por las cuales siguen existiendo conductas cercanas a trastornos de la conducta alimentaria o un trastorno ya diagnosticado en sí.

3. Por último, el formato del taller que se presentó fue muy cómodo para que las mujeres que se prestaron para la realización del mismo tuvieran un espacio seguro en el que expresaran cada una de sus experiencias y preocupaciones, es por ello, que para poder seguir replicando el mismo es necesario generar un ambiente de confianza, pues se requiere mucha paciencia y no estigmatización de los pensamientos que se tienen alrededor de la conducta alimentaria, para que las mujeres se atrevan a reconocer las secuelas que la exigencia social de pertenecer a un estereotipo de género les ha dejado.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Butler, J. (2002). *El género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*. Siglo XXI Editores.
- Delgado, G., Novoa, R., & Bustos, O. (1998). *Ni tan fuertes ni tan frágiles: Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia*. UNICEF/PRONAM.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica*. Siglo XXI Editores.
- Gempeler Rueda, J. (2007). La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-conductual de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: Una reconceptualización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(3), 476–499.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007, agosto). *Instituto Nacional de las Mujeres*. <http://www.inmujeres.gob.mx>
- Lagarde, M. (2006). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Planeta.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.ª

ed.). Organización Mundial de la Salud.

- Palacios, X. (2007). Evolución de las teorías cognoscitivas y del tratamiento cognoscitivo-conductual de la anorexia nerviosa.
- Roca, E., & Roca, B. (1999). La bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia cognitivo-conductual de Fairburn. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.
- Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza: Cómo las imágenes de las mujeres afectan la vida de las mujeres*. Doubleday.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Hacia la igualdad sustantiva en México: Agenda prioritaria*.
- Contrera, L., & Moreno, M. L. (2021). *Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda* (Material desarrollado para la Subsecretaría de Políticas de Género y Diversidad Sexual; Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468–476.
- Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Zambra-Baladre.
- Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.
- Ramírez Sánchez, A., Espinosa Calderón, C., Herrera Montenegro, A. F.,

Espinosa Calderón, E., & Ramírez Moyano, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente*, (102), 6–12.

- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, (15–16), 65–82.

## ANEXOS:

### ANEXO 1 (A1)

#### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**NOMBRE DEL PROYECTO: APLICACIÓN DE TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA MEDIANTE PSICOEDUCACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

**NOMBRE DEL APLICADOR: FRIDA DANIELA PACHECO**

**REYES NOMBRE DE LA PARTICIPANTE:**

**OBJETIVO DE LA ENTREVISTA: Recabar información importante respecto a la historia de vida de las usuarias participantes que brinde datos importantes para la investigación con fines educativos en curso**

1. ¿Qué conoces referente a lo que es un “Trastorno de la conducta alimentaria”?
2. ¿Logras identificar si en algún momento viviste algún síntoma referente a un TCA?

3. ¿Qué perspectiva tienes de los trastornos de la conducta alimentaria?
4. ¿Cómo crees que los estereotipos de género han influido en tu percepción de tu cuerpo y en tus hábitos alimentarios?
5. ¿Has sentido presión, ya sea de la sociedad, los medios de comunicación o tus pares, para cumplir con ciertos ideales de belleza? ¿Cómo te ha afectado esto?
6. ¿Has participado en algún programa de psicoeducación relacionado con la salud mental o la alimentación? Si es así, ¿puedes describir tu experiencia?
7. ¿Crees que estos programas abordan adecuadamente las cuestiones de género? ¿Por qué sí o por qué no?

ANEXO 2 (A2)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO  
DE INVESTIGACIÓN:**

**Título del Proyecto:** “APLICACIÓN DE TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA MEDIANTE PSICOEDUCACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. ”

Investigador Principal: Frida Daniela Pacheco Reyes para obtener el grado de Lic. en psicología.

Yo,

Declaro que:

- Estoy consciente y completamente informada respecto a la necesidad de esta investigación. Se que esta investigación es únicamente para fines de estudio y mi información personal está completamente resguardada.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

-Los beneficios e inconvenientes del proceso.

-Que mi participación es voluntaria y altruista.

- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.

-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE

ESTUDIO SÍ    NO


(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha .....

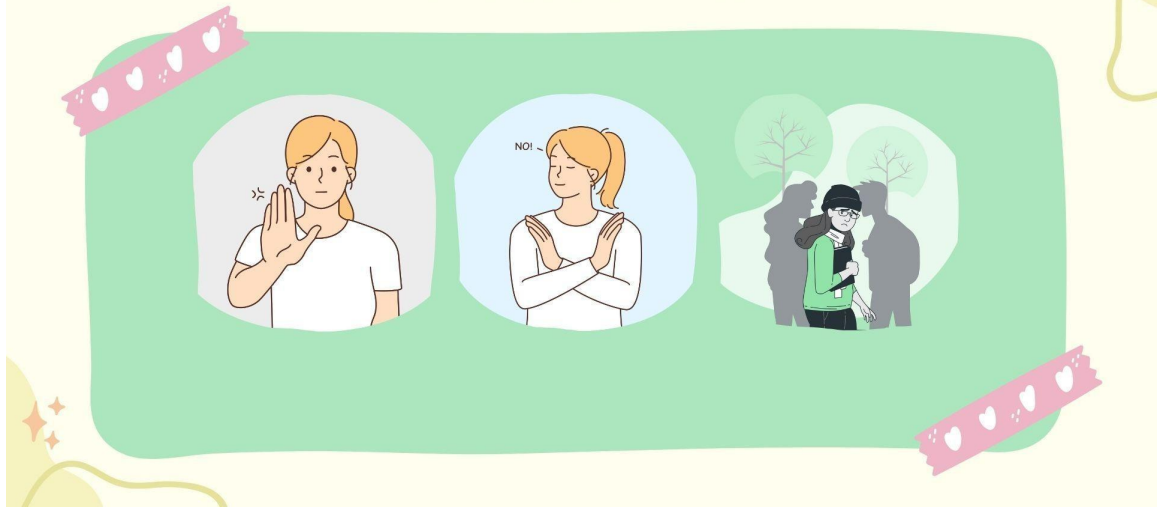
Nombre y Firma...

Nombre investigador: Frida Daniela Pacheco Reyes

Firma del investigador ..... 



# IMÁGENES DE HIELO



Solo porque es  
Lunes no significa  
que debes  
castigarte por lo  
que comiste el fin  
de semana. Tu  
cuerpo aún  
merece que lo  
alimentos

“  
**SENSIBILIZACIÓN**

{

## ¿QUÉ ES UN TCA?

LOS TCA CONSTITUYEN UN GRUPO DE TRASTORNOS MENTALES CARACTERIZADOS POR UNA CONDUCTA ALTERADA ANTE LA INGESTA ALIMENTARIA Y/O LA APARICIÓN DE COMPORTAMIENTOS ENCAMINADOS A CONTROLAR EL PESO. ESTA ALTERACIÓN OCASIONA PROBLEMAS FÍSICOS Y DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL.

Para poder identificarlos es necesario consultar con un especialista

## CLASIFICACIÓN (DSM-5 Y CIE-10)

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracones.

ADICIONAL:  
TRASTORNO  
DISMÓRFICO  
CORPORAL



## POBLACIÓN PRINCIPALMENTE AFECTADA

Los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad de las **mujeres jóvenes** a padecerlos, particularmente en la adolescencia o la adultez temprana. La presencia de insatisfacción corporal o de conductas alimentarias anómalas es común entre la adultez media. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años.

**¡IMPORTANTE!**



# ¿CÓMO PUEDES SENSIBILIZAR A LAS PERSONAS CERCA DE TI?

Hablar del tema sin estereotipos, prejuicios y temor

Hablar del tema de manera informada

Consultar con especialistas

Si conoces a alguien que tenga alguna señal de alarma, sin juzgar puedes proponerle buscar ayuda con un profesional

NO ESTIGMATICES



Si  
NO ES TU  
CUERPO  
NO OPINES  
-OCIMORONS-

“  
SOCIEDAD Y TCA

## ¿QUÉ ME HACE SENTIR ORGULLOSA?



## LA FIESTA DE LOS PREJUICIOS (CINTAS DE PREJUICIOS)



# CONCEPTOS CLAVE

## SEXO

Diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres.



## GÉNERO

Se establece en las teorías feministas en la década de 1960, refiriéndose a la construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino. (Histórico y cambiante)



## SISTEMA SEXO-GÉNERO

Ambos conceptos funcionan como un sistema. La construcciones de género funcionan correspondiendo atribuciones socioculturales sobre la base del sexo, el cual a su vez es definido y valorado



# ROLES Y ESTEREOTIPOS

**Estereotipo:** Forma de categorización o clasificación social simplificada que permite a las personas representarse rápidamente ante los demás. Surgen a partir de las creencias o los pensamientos que "etiquetan" las conductas y características asignadas como femeninas y masculinas.

**Roles:** Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades que se generan como expectativas o exigencias sociales subjetivas.



# PREJUICIOS

Un prejuicio es una idea u opinión preconcebida (y generalmente negativa) respecto de algo o alguien, es decir, un juicio formado antes de tener la oportunidad de experimentar la realidad directamente

## TIPOS DE PREJUICIOS

### MARCO CONCEPTUAL

PREJUICIO RACIAL

PREJUICIO POR RELIGIÓN

PREJUICIO POR APARIENCIA

PREJUICIO POR GÉNERO

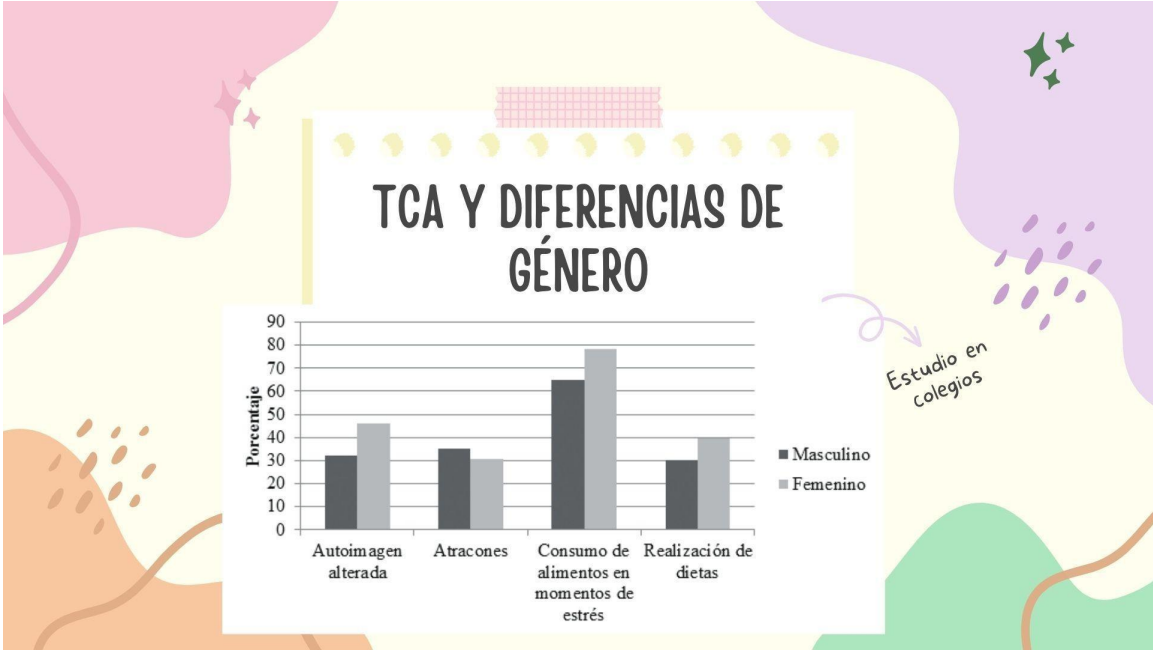
PREJUICIO DE EDAD

PREJUICIO POR CLASE SOCIAL

PREJUICIO POR NACIONALIDAD

# VIOLENCIA ESTÉTICA

La imposición de ciertos estándares estéticos para ser considerada "bella" ha afectado a muchas mujeres de diferentes maneras. Estos patrones arbitrarios de belleza son parte de un sistema de prácticas y creencias que espera que las mujeres se comporten de cierta manera y posean un modelo hegemónico de cuerpo.







## CORPORALIDADES



## CORPORALIDADES

¡Los cuerpos somos una puta fiesta! Contra los ideales normativos que atraviesan nuestros cuerpos. No somos expectativas, somos amor, seguridad y fuerza. Rompemos los estereotipos honrando nuestros cuerpos deseados y amados. Somos riqueza en un mundo que clasifica y determina la corporalidad. Nuestro cuerpo es único y nos pertenece, es perfecto. Somos modelos de belleza reales y fuertes. Abracemos nuestro cuerpo y expresemos nuestro sentir con él.

Existe en el mundo una **inmensa posibilidad** de formas, de texturas, de pesos. Los **cuerpos diversos** somos todas esas experiencias posibles: **una realidad infinita**.

**Hablar de estos cuerpos lo es todo:** en ellos se nos juzga la **dignidad, el placer, la representación de la vida**.

**Circula la idea** que sólo valen los **cuerpos hegemónicos:** los blancos, los **fitness**, los de ciertas tallas, que **se ven de cierta manera** y eso nos ha mutilado la libertad, el gozo, la salud y el disfrute.

¿Quién se queda con la «**gorda acomplejada**», con la «**travesti iracunda**», con la «**prieta**», con la «**cara de india**»? ¿Quién se queda con **nosotras**, las que vivimos al margen? Siempre al margen.

**Desconfiemos** de la bondad de los **ojos azules**, de nuestro impulso al aspirar a lo **hegemónicamente bello**. **Amemos la propia experiencia corpórea** - ¡Cómo amarnos?-

Porque los **cuerpos diversos somos todo:** la **posibilidad** y la **potencia**. Merecedores de **cuidado, de amor, de afecto, de vida**.

## AUTOESTIMA

Cuando asumimos plenamente esa responsabilidad de cuidarnos para estar bien, y nos ponemos a trabajar para hacernos la vida más fácil y más bonita, hay que confiar en nuestra capacidad para cuidarnos a nosotras mismas, y asumir un fuerte nivel de compromiso con una misma. Igual o más que cuando nos enamoramos y nos comprometemos con el amado o la amada.

**“CUESTIONA LA REALIDAD NORMALIZADA”**

F DE FEMINISMO

**¡IMPORTANTE!**

## SORORIDAD

El término sororidad emerge como alternativa a la política que impide a las mujeres la identificación positiva de género, el reconocimiento, la incorporación en sintonía y la alianza.

Es en este escenario que se presenta el concepto como sororidad, soridad, sisterhood: pacto político de género entre mujeres que se reconocen como iguales. No hay jerarquía, sino el reconocimiento de la autoridad de cada una, personal, única, autónoma, libre (Lagarde, 2009).

## EMPATÍA

Cuestionar la realidad normalizada nos lleva a deconstruir la idea individualista de únicamente pensar en ti y por ende generar relaciones mucho más significativas y con más responsabilidad afectiva.

